

HandsOn熊本 施設見学会お申込書

この度は、ハンズオン熊本のホームページをご覧いただきありがとうございます。
こちらは当事者やご家族、支援者様向け『施設見学会』のお申込みフォームです。

※は入力必須項目です。

※【施設見学希望日】	● 第一希望日		
	● 第二希望日		
	● 第三希望日		
※【お名前】			
※【年齢】			
※【住所】			
※【連絡先】	TEL		
【メールアドレス】			
【見学を希望される人数】			
※ 現在保有されている手帳等 について教えてください。 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 医師の診断書	
	<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> いずれも保有していない	
	<input type="checkbox"/> 精神障がい者手帳		
	<input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス受給者証 (就労継続A型・就労継続B型・その他)		
※ ハンズオン熊本については どのようにお知りになりましたか？ (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 行政	<input type="checkbox"/> 支援機関 ()	
	<input type="checkbox"/> WEB検索	<input type="checkbox"/> 教育機関 ()	
	<input type="checkbox"/> 病院・クリニック	<input type="checkbox"/> ご家族・友人	<input type="checkbox"/> その他 ()