

福祉をかえる「アート化」セミナー 福岡

～障がいのある人へのアートサポーター入門講座～

参加申込みフォーム

□ にはチェックを記入してください。

ふりがな					
参加者氏名					
ご所属 活動内容など	勤務先／ボランティア活動先など				
ご住所					
電話番号					
FAX番号					
メールアドレス					
セミナーをお知り になったきっかけ					
参加希望日程 区分	<input type="checkbox"/> a. 全プログラム(両日)参加:6,000円				
	<input type="checkbox"/> b. 部分参加(1月14日)講演会:3,000円				
	<input type="checkbox"/> c. 部分参加(1月15日)分科会午前／午後:3,000円				
	<input type="checkbox"/> d. 部分参加(両日)講演会、分科会 <input type="checkbox"/> 午前 / <input type="checkbox"/> 午後のみ参加:4,500円				
	<input type="checkbox"/> e. 部分参加(1月15日)分科会 <input type="checkbox"/> 午前 / <input type="checkbox"/> 午後のみ参加:1,500円				
交流会参加	<input type="checkbox"/> 参加する(会費:4,000円) ・ <input type="checkbox"/> 参加しない				
参加費合計金額	円				
選択プログラム	午前の部	第1希望	<input type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B ・ <input type="checkbox"/> C	第2希望	<input type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B ・ <input type="checkbox"/> C
	午後の部	第1希望	<input type="checkbox"/> D ・ <input type="checkbox"/> E ・ <input type="checkbox"/> F	第2希望	<input type="checkbox"/> D ・ <input type="checkbox"/> E ・ <input type="checkbox"/> F
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 ・ <input type="checkbox"/> 当日支払い				
お支払いの方	領収書の名義				

問い合わせ／申込みフォーム送付先

障がい者アートプロジェクト実行委員会

〒815-0041 福岡市南区野間3-19-26 NPO法人まる内

TEL:092-562-8684 FAX:092-562-8688

E-mail:marulab@maruworks.org (担当:樋口、船津丸、小副川)