（様式2）

障害についての理解啓発人材バンク

|  |  |
| --- | --- |
| 報告者 |  |
| 報告日 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　） |
| 実施日 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　） |
| 場所 |  |
| 講師 |  |
| 対象者 |  | 参加人数 |  |
| 概要 |  |

実施報告書

実施後、２週間以内に提出願います。

* **上記の内容が分かるものであれば、様式は問いません。**

提出先　福知山市役所（1階）　障害者福祉課コミュニケーション推進係

TEL:２４－７０１７　　FAX:２２－９０７３

E-mail：shogaishafukushi@city.fukuchiyama.lg.jp