

令和4年1月25日（火）福祉用具展示相談会  
参加申込書

→ FAX : 6265-7549 保健センター専門相談課

ふりがな 氏名	
※該当するところに○をつけてください。 ご本人 ご家族 支援者 相談支援専門員 ケアマネジャー 看護師 PT・OT・ST 福祉用具業者 その他（ ）	
住所	
電話・FAX	
来所予定時間	10時 11時 12時 13時 14時 15時
来所人数	
見たい福祉用具	

- 新型コロナウイルスの感染状況により、密を避けるため、来場時間をずらしていただくことがあります。また、入場制限をさせていただく場合があります。
- 会場受付にて、検温と手指のアルコール消毒の実施、来場者全員の住所と連絡先を確認させていただきます。
- 場内では、マスクの装着をお願いいたします。