

(別紙様式)

機関支援申し込み書

年 月 日

機 関 名	
代表者氏名	印
所 在 地	〒 -
電 話 番 号	
F A X 番 号	
支援を希望する期間 (年度を越えての申し込みはご遠慮ください)	
年 月 日 より 年 月 日 まで 回程度	
希望する支援の内容	
担当者氏名	

実費交通費をいただくことがあります (当方の規程による)。

札幌市自閉症・発達障がい支援センターおがる
所 長 (担当窓口) 加 藤 潔

〒007-0032 札幌市東区東雁来12条4丁目1番5号
TEL 011-790-1616 FAX 011-790-1604