

## 福井市障がい者自立支援協議会 傍聴・見学申込書

対象	<input type="checkbox"/> 全体会 <input type="checkbox"/> 居宅生活支援部会 <input type="checkbox"/> こども部会 <input type="checkbox"/> 就労支援部会 <input type="checkbox"/> 地域移行・地域定着部会 <input type="checkbox"/> 相談支援事業者連絡会 <input type="checkbox"/> その他（                                  ）
開催日	年            月            日
氏名 <small>(ふりがな)</small>	
所属 <small>(所属のある方のみ)</small>	
住所	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 自宅
電話番号	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 自宅
目的	

福井市障がい者自立支援協議会  
会 長 様

### 守秘義務誓約書

私は、下記の事項を遵守することを、ここに誓います。

- 1 福井市障がい者自立支援協議会において知り得た秘密情報に関して、許可なく発表、公開、漏洩、利用しないこと。
- 2 個人情報には細心の注意を払い、個人情報保護法の規定の範囲を超えた利用をしないこと。

年    月    日

氏名

※見学を希望する者は、開催の3日前までに福井市障がい者基幹相談支援センターに提出すること