



장애인과 함께 하는 비영리민간단체

늘 벗 장애인 후원회

수 신 : 수신처 참조

경 유 : 장애인단체 및 노인기관(행사참여관계자)

제 목 : 제12회 장애인 건강증진대회 진료신청 안내

1. 귀 단체와 기관의 무궁한 발전을 기원 합니다.
2. 맑고푸른 계절 6월을 맞아 장애인 가족을 모시고 늘벗장애인후원회에서 제 12회 장애인건강 증진대회를 아래와 같이 실시하고자 하오니 많은 신청바랍니다.

가. 일 시 : 2024. 6. 25.(화) 10:30~19시(10시 10분까지 참석부탁)

나. 장 소 : 목포실내체육관(대강당)

다. 참여단체 : 장애인 및 노인관련 기관 및 단체

라. 주최·관 : 늘벗장애인후원회

마. 진료과목 : 치과검진(치아스케일링), 한방진료(침), 예방진료(혈압,당뇨),
정신건강, 치매예방, 금연상담 및 구강시음 홍보, 의약품 및 기념품지원등.
비누만들기, 가족카드지갑, 섬유향수, 라탄모빌, 에코백색또는 부채그리기, 체험등

바. 참가신청 : 6.10 (월) 18시까지

사. 신청방법 : 팩스- 061-243-5611, 메일- ksj0599@hanmail.net

※ 행사당일 행운권 추첨등 경품을 드릴예정이니, 진료신청인원과 관계 없이 오실수 있는 기관·단체 회원님들은 많이 신청하셔서 좋은 행운 되세요.

붙임 1. 단체 및 기관별 참가접수신청서 1부. “끝”

늘 벗 장애인 후원회



목포시지체장애인협회 외

사무국장 : 지주아

회 장 : 김 승 진

시 행 : 10 (2024. 05. 16)

주 소 : 목포시 연산동 1236-14

전 화 : 010-5611-0100 팩스- 061-243-5611, 메일- ksj0599@hanmail.net

참가신청서

(제12회 목포시장애인건강증진대회)

단체명			비고
가능한 담당자 연락처	전 화		※.안경(3명), 치과스케일링과 한방 침진료는 단체별로 2명 씩 신청하여 주시기 바랍니 다. 시간 관계상 많은 인원 을 접수받지 못하오니 양해 바랍니다.
	휴대폰		
행사 참여 전체인원	행사 참여회원 전체 (명)		
치과 스케일링 명단 (2명)			
한방 침,진료 (2명)			
안경 명단 (3명)			

※참가신청서 작성 시 참고사항

1. 안경지원 및 치과 스케일링과 한방진료는 단체별로 신청된 명단에 한해서 지원합니다.
2. 혈압, 당뇨 검사 및 부대행사, 그리고 행운권추첨은 모든 분들이 참가할 수 있으니 많은 분들이 참여 신청 할수 있었으면 합니다.
3. 진료신청서 작성의 편의를 위해 장애인복지카드를 꼭 지참하여 주시기 바랍니다.
4. 참가기념품(의약품 등)은 행사참여 회원님들께서 현장에 오셔서 진료신청서를 작성하시고
진료를 모두 마치신 후 돌아가실 때 기념품 교환 장소에 신청서를 가져오시면 교환해드릴
예정입니다. 기념품은 단체별로 드리지 않습니다.