

FAX送信票

※添書不要

【申込締切:令和元年6月21日(厳守)】

社会福祉法人 岩手県社会福祉事業団 業務企画課 行き

FAX番号 019-662-8044

別紙

令和元年度 発達障がい支援者育成研修会

一 参加申込書 一

1 研修参加者所属・職・氏名

事業所名			
職名		経験年数	年 月
フリガナ		性別	
氏名		生年月日	年 月 日生
		男・女	

3 研修担当者(申込者)

事業所名			
事業所在地	〒 -		
職名		電話	- -
氏名		F A X	- -
メールアドレス			

4 現在の受入状況と今後の方針

研修対象の障がい児・者の受入状況と今後の方針について、任意様式で提出願います。
(申込状況により選考を行う場合、本項目の記載事項をもとに選考を行います。)