

参加申込書：鳥取県強度行動障がい支援者養成研修（専門研修） - 実践報告会 -

- 申込期限：令和6年12月9日（月）締切り
- 申込先：社会福祉法人鳥取県厚生事業団 宛

【申込者】 下記に、必要事項をご記入ください。

申込者氏名：

事業所名：

所在地：

電話番号：

FAX 番号：

【参加希望者】 下記に、氏名、職名をご記入ください。

	氏名	職名	配慮事項 ※該当する項目に✓を記載して下さい
1	(ふりがな)		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他 ()
2	(ふりがな)		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他 ()
3	(ふりがな)		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他 ()
4	(ふりがな)		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他 ()
5	(ふりがな)		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他 ()

【申し込み、及び研修に関するお問い合わせ】

社会福祉法人鳥取県厚生事業団（担当：上田）

〒689-0201 鳥取県鳥取市伏野2259-43

Tel 0857-59-6033 **Mail** honbu-kikaku3@tottori-kousei.jp