

お申し込み先

連絡先

きた障害者相談支援センター 担当：長谷川

FAX

078-592-1381



URL

<https://forms.gle/BufJyHdNFyHyYpot9>

参加申込書

(必須)

事業所名

所在地：（ ）区

(必須)

ふりがな

氏 名

(必須)

職 種

(必須)

連絡先

TEL：

FAX：

必要な配慮があれば○印
記載をお願いします

車いす
その他（

・ 手話通訳

・ 要約筆記

）

■今回の研修内容で聞きたいことなどありましたら、ご記入ください。

※全ての質問に回答できないこともあります。ご了承ください。

※お知らせいただいた個人情報は、研修の事務以外には使用いたしません。