

(別紙様式)

令和 6年 月 日

特定非営利活動法人生活サポート千葉

担当 済賀 行

FAX 043-224-5720 (送付状不要)

Mail soudan-kensyu@sschiba.jp

令和5年度千葉県相談支援従事者等専門コース別研修(発達障害者支援)受講申込書

開催日：令和6年3月4日(月) 受付8:50～ 研修9:20～ 16:40

事業所名 _____
住 所 _____
電話番号 _____
FAX番号 _____
メールアドレス _____
記載者名 _____

参加者名

職名	ふりがな	生年月日		現在相談支援専門員として従事しているか	相談支援専門員として従事した年数
	氏名				
		昭和 平成	年 月 日	はい いいえ	年

※研修参加において、特別な配慮を必要とする場合は、個別にお知らせください。

※お申込みいただいた方法で受講票を送信いたします(メール申込みはメール送信、ファックス申込みはファックスにて送信)。

受講票(当日持参)

受講番号 _____ 番 _____ 様

特定非営利活動法人 生活サポート千葉
理事長 里見 吉英 印