

(別紙様式)

令和 8年 2月 日

特定非営利活動法人生活サポート千葉  
担当 済賀 行  
Mail [soudan-kensyu@ssschiba.jp](mailto:soudan-kensyu@ssschiba.jp)

令和7年度千葉県相談支援従事者等専門コース別研修(発達障害者への相談支援)受講申込書

開催日：令和8年3月4日(水) 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には、受講が決定しましたら、受講票を送信いたします。

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