(別紙様式)

 　　　　　　 令和　７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

Mail　soudan-kensyu@sschiba.jp

令和６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７年３月５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 |