長崎県知的障がい者福祉協会　宛て

【初任者研修の申込における内容】

|  |  |
| --- | --- |
| 参加状況 | * 研修会（2日間）・情報交換会　ともに参加      * 研修会（2日間）のみ、参加（情報交換会は不参加） |
| フリガナ  参加者氏名 |  |
| 性　別 | 男　　　・　　　女 |
| 生年月日（年齢） | Ｓ・Ｈ　　　年　　　月　　　日生（　　　　歳） |
| 職　種 |  |
| 経験年数 | 年　　　　　　カ月 |
| 法人名 |  |
| 所属している事業所名 |  |
| 現在、従事している事業 | （例：就労継続支援B型） |
| 事業所ＴＥＬ |  |
| 事業所ＦＡＸ |  |
| 事業所メールアドレス |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：095-842-7008