障害児者支援のファシリテーション研修申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 研修日程 | 平成30年1月11日（木） |
| 場　　所 | 諫早市社会福祉会館（諫早市） |
| 団　体　名　等 | 団体名 |  |
| 住　所 | 〒　　－ |
| 連絡先 | ℡（　 　）　 － | FAX（　 　）　 － |
| 担当者名 |  |
| 　　　 |  | 性別　　 |
| 生年月日（年齢） | 昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　才） |
| 受講者の所属事業所 |  |
| 役職・職種 |  |
| 障害福祉経験年数 |  |
| 【備　考】受講に関して、配慮して欲しい事項などあればご記入ください。 |  |

申込締切：平成29年11月24日（金）

　faxにてお申込下さい。

|  |
| --- |
| 連絡先・申込先 |
| （一社）長崎県知的障がい者福祉協会　（研修係）　〒 ８５０－０００１　長崎県長崎市西山４丁目６０４番地１７　　TEL　０９５－８１１－２３５５　FAX　０９５－８１１－２３５６ |