

鹿児島県知的障害者福祉協会・事務局行き

FAX 099-250-9358

FAX 送信表不要

令和3年度「知的障害関係施設中堅職員研修会」
参加申込書

施設・事業所名

記載責任者

標記については下記の通りです。

◆参加します

| 氏名 | 現職名 | 参加方式 | 参加費 |
|----|-----|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> オンライン | <input type="checkbox"/> ¥2,000 <input type="checkbox"/> ¥4,000 |
| | | <input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> オンライン | <input type="checkbox"/> ¥2,000 <input type="checkbox"/> ¥4,000 |
| | | <input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> オンライン | <input type="checkbox"/> ¥2,000 <input type="checkbox"/> ¥4,000 |

* 必要事項をご記入の上、参加方式・参加費に☑を付けてください。

* 振込手数料は恐れ入りますが、施設・事業所にてご負担いただきますようよろしくお願いいたします。

※参加者アンケート(情報提供)

支援者の皆様から、利用者の生活状況や望んでいる事、困り感などありましたらご記入ください。
研修会での参考資料とさせていただきます。

◆参加しません

※申込書は11月8日(月)までに FAX にて事務局まで送信してください。