

★FAXにてそのままお申し込みください。

発達障がいのある人への就労支援セミナー 受講申込書

平成 年 月 日

下記の者について、研修の受講を申し込みます。

ふりがな氏名		
生年月日		
所属	名称	
	所在地	〒
	連絡先	TEL FAX
	メールアドレス	
	属性	※所属施設に該当するものの口に✓をつけてください。多機能型の施設の場合は、所属している部署に✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 就労移行支援(<input type="checkbox"/> 就労支援員、 <input type="checkbox"/> その他の職種) <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> その他の障害福祉サービス() <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 自治体等の就労支援機関 <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 医療・保健機関 <input type="checkbox"/> 教育機関 <input type="checkbox"/> 行政機関 <input type="checkbox"/> その他()
職名		
担当業務		
就業支援実務経験	実務経験年数()年()カ月	
就業支援内容		
受講者名簿への記載の可否	受講者に配付する受講者名簿に氏名及び所属を記載することの可否について(○をつけてください) 記載する ・ 記載しない	
懇親会への参加	※21日研修後に懇親会を予定しています。○を付けてください。参加・不参加	
発達障がいのある人への就労支援をしていて困っている事・本研修で学びたいことなどあれば、ご記入ください。		

(注1) 同一施設から複数名受講を希望される場合でも、お一人ずつご記入ください。

(注2) 「担当業務」の欄には担当している障がい者の就業支援関係業務を、「就業支援実務経験」の欄には受講希望者の障がい者の就業支援実務経験年数と支援内容を、それぞれ簡単に記載してください。

【個人情報の取扱いについて】

この受講申込書により取得した個人情報は、八幡浜・大洲圏域 障がい者就業・生活支援センターねっと Workジョイにおいて適正に管理し、本研修に限り使用します。

申込先) FAX **0894-69-1583**

連絡先) TEL0894-69-1582 ねっとWorkジョイ(高石)