

(別紙2)

全国障害者総合福祉センター(戸山サンライズ) 研修会 受講申込書

研修会名	平成27年度 第1回 障害者地域生活支援従事者研修会		
お名前 氏名	男 女	昭和・平成	年 月 日生 歳
勤務先名		役職名	
事業種別		障害福祉従事年数	年 ヶ月
所在地	〒 TEL ()		
今回の研修会で 学びたいこと			
障害の有無	無・有 () 車いす使用 手話通訳必要		
受講決定通知文書の宛名	所属長	本人	その他 ()
メールアドレス (任意)	※PDFデータを添付しますので、携帯電話以外のメールアドレスをご記入ください		
懇親会 (どちらかに○をしてください)	参加 不参加		

※受講決定通知の書類一式(受講決定通知文書、日程表、連絡事項等)は受講者ご本人宛て(勤務先住所)に郵送いたします。

※本書に記載いただいた個人情報は、研修会以外の目的には使用いたしません。

氏名、勤務先名、役職名を記載した受講者名簿につきましては、受講者間の情報交換等を目的として各受講者に配布いたしますので、ご了解ください。差し障りのある場合は、お手数ですが事前に事務局までご連絡ください。

※今後当センターが実施する研修会等の案内を希望される方はメールアドレスをご記入ください。

宿泊日程	月 日 月 日 月 日 月 日
個室利用 (個室は有に○) (相部屋は無に○)	有・無
禁煙室希望 (禁煙室は有に○) (喫煙室は無に○)	有・無

①個室希望の希望に添えない場合もあります。

※洋室・和室の割り当ては当方に一任ください。

②禁煙室の希望に添えない場合もあります。

③宿泊の希望に添えない場合は連絡いたします。

宿泊を希望する方は必ず○をしてください。

戸山サンライズ処理欄

1	2	