

## 平成29年度指定特定相談支援事業所

### フォローアップ基礎研修

### 参加申込書

所属団体名 \_\_\_\_\_ (大阪市 \_\_\_\_\_ 区)

電話番号 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_

該当するものを○印で囲んでください。

研修受講にあたり、配慮すべき事項 有 ・ 無

有に○をされた方は、下記のあてはまる項目を○印で囲んでください。

記入が必要な場合は、適宜ご記入ください。

1. 電動車いす      2. 手動車いす      3. 手話通訳      4. 点字資料
5. 拡大文字      6. 同行介助者 有 ( ) 名 ・ 無
7. その他 ( )

障がい者相談支援事業に携わってからの従事年数をご記入ください。

年                      ヶ月

- ※ 申込 FAX が届きましたら、受講可否通知を FAX にて返信いたします。
- ※ 昼食は、会場内でおとりいただけます。ゴミは各自でお持ち帰りください。
- ※ 研修スケジュールについては、都合により変更する場合があります。
- ※ 申込の際に提出していただきました個人情報については、このセミナー以外の目的に使用いたしません。

お問い合わせ先 大阪市障がい者基幹相談支援センター（研修担当：長谷川・間宮）  
TEL 06-6622-1205 FAX 06-6622-1223