

(北海道社会福祉協議会 障がい者就労支援センター(諸澤・宮川)行き / FAX 011-280-3162)

平成29年度 第2回社会就労センター施設長・職員研修会【参加申込書】

施設名	会員区分(いずれかに○印をお付けください。)		
	道セルフ協会員 / 道セルフ協非会員		
住所	TEL	—	—
	FAX	—	—
担当	事業種別		
	利用対象者	・3障害	・身体障害
		・知的障害	・精神障害
		・その他()	

No.	氏名	性別	経験年数	役職名
	フリガナ	男・女	年	
	フリガナ	男・女	年	
	フリガナ	男・女	年	
	フリガナ	男・女	年	

平成30年2月21日(水)必着

※ ご記入いただいた個人情報は当該研修会の運営及び統計資料の作成に使用いたします。
 また、参加申込書に記載された情報をもとに、参加者名簿を作成し、研修会資料に掲載する場合があります。
 以上の目的以外で本人の了承なく個人情報を第三者に開示することはありません。