福祉研修センター担当 宛て

chiikishien@sagamihara-shafuku.or.jp

福祉研修センター 参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 受講日時 | 令和２年１１月１０日（火）１４：００～１４：３０ |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 参加区分（どちらかに○をご記入ください） | 1. 相模原市内の障害福祉サービス事業所等の職員
2. 相模原市内在住で、市外の障害福祉サービス事業所等の職員
 |
| 所属先 |  |
| 職　　種 | （例：生活支援員 、相談支援専門員 、ホームヘルパー 、事務員など） |
| （現在の業務についてご記入ください） |
| 所属先所在地 |  |
| 連絡先 | ＴＥＬ　Ｅメール（必須）**※当日までに参加確認のメールを送ります。視聴する方のメールアドレスを表記してください。** |

