

平成 30 年度 北九州市触法障害者支援研修会 参加申込書

障害者基幹相談支援センター宛

FAX: 861-3095

申込締め切り 12月25日(木) まで ※送信票は不要ですが、参加者 1 名ごとにご記入ください。

※「記載」または「し点」を記入してください。

<p>職種など</p>	<input type="checkbox"/> 弁護士等、司法機関関係者 <input type="checkbox"/> 医療機関関係者 <input type="checkbox"/> 障害福祉機関関係者 <input type="checkbox"/> 教育機関関係者 <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> その他		
<p>ふりがな 氏名</p>		<p>性別</p>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
<p>ふりがな 所属先 (所属先があれば ご記入ください)</p>	<p>(役職・職種)</p> <p>_____</p>		
<p>連絡先</p>	<p>〒 _____</p> <p>_____ 市 _____ 区</p> <hr/> <p>Tel () _____</p> <p>Fax () _____</p> <p>※緊急連絡先(当日のご連絡が可能なところ) 「自宅・携帯」</p> <p>() _____</p>		
<p>情報保障(手話、要約筆記等)や介助が必要な方はお知らせください。</p>	<p>手話・要約筆記・ その他介助()</p>		
<p>その他</p>	<p>～講師へのご質問などあれば、お書きください。但し、時間の都合上全てのご質問にお答えできない場合もあります。～</p>		

- ※ 定員を超えた場合、調整をさせて頂くことがありますので予めご了承ください。参加が難しい場合のみ、事務局よりご連絡をさせていただきます。
- ※ 天候による交通機関の運行状況の影響等で開催中止となった場合は、前日に障害者基幹相談支援センターホームページにてお知らせいたします。
- ※ なお、いただいた情報は、この研修のみでの取り扱いとさせていただきます。