

令和 3 年度愛媛県精神障がい者支援の障がい特性と支援技法を学ぶ研修受講申込書

令和 年 月 日

愛媛県知事 中村 時広 様

所属する事業所又は部署
所属長の職氏名

㊞

次の者に標記研修を受講させたいので推薦者として下記内容に責任を持って申し込みます。

【記入上の留意事項】

・文字は、はっきりと楷書で記入してください。

ふりがな		生年月日	昭和 ・ 平成	
受講者の氏名	㊞		年	月 日
受講者の住所及び連絡先	〒 — TEL : ※E-mail :			

※記載いただいたメールアドレスに講義を視聴するためのURLをお送りします。

所 属	事業所の名称 ※行政職員の場合は、市町名及び所属	法人名			
		事業所名	連絡担当者		
	事業所所在地及び連絡先	〒 —			
		TEL		FAX	
	事業所のサービス種別		受講者の現在の職種		
同一事業所又は部署内の推薦順位 ※複数申込の場合のみ記入		定員の関係で、調整をお願いする場合があります。その参考にしますので、複数の申込の場合は必ず順位を付けておいてください。			第 位 / 人中
必要な配慮事項		(電動車椅子使用、介助者同行など具体的に記入してください。)			
備考					

※氏名・勤務先を記載した受講者名簿を受講者間の交流や情報交換を目的として、全受講者に配付しますので、御承知おきください。

※差し障りのある方は、備考欄にその旨御記入ください。