

令和5年度 東北地区知的障害者福祉協会専門研修 参加申込書

送信先

名鉄観光サービス(株)仙台支店 担当：志賀・植松行

FAX：022-261-4623

申込日：令和5年 月 日

Email：chifukukyo-t@mwt.co.jp

県名	県	施設名			
住所	〒 ー		担当者		電話 () ー FAX () ー

※グループワーク記入欄には、以下①～⑧いずれかをご選択いただき、ご記入ください。

①児童施設（入所・通所）・放課後等デイサービス ②障害者支援施設 ③生活介護事業 ④就労継続支援 A 型及び B 型・就労継続支援

⑤グループホーム ⑥相談支援事業所 ⑦居宅介護事業 ⑧その他

No	フリガナ	性別	職名	グループワーク		参加費 6,000円	宿泊 9/14(木)		禁・喫 希望	備 考
	参加者氏名			第一希望	第二希望		第一希望	第二希望		
例	ヤマガタ イチロウ 山形 一郎	男	施設長	①	②	○	B	A	禁煙 喫煙	
1									禁煙・喫煙	
2									禁煙・喫煙	
3									禁煙・喫煙	
4									禁煙・喫煙	

<注意事項>※5名様以上の場合はコピーをしてお使いください。

申込締切：8月18日（金）