申込先：船橋市障害福祉課　相談支援係　山本・大平 宛

　　　　　〒２７３－８５０１ 船橋市湊町２－１０－２５　／　FAX：０４７－４３３－５５６６　／　E－mail：shogai-sodan@city.funabashi.lg.jp

**令和６年度　障害者就労支援ジョブサポーター養成研修　参加申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 所　属（事業所名・部署名等） | 職　名 | 住所（所在地）／電話番号 |
| 代表者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 〒　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |
|  |
|  | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 〒　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |
|  |
|  | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 〒　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |
|  |

|  |
| --- |
| ■要配慮事項（席の配置等について配慮の必要がある事項がございましたら下記へご記入ください。） |
| 例）目が悪いので前の方の席にして欲しい。等 |

**※この申込書１枚で３名までお申し込みいただけます。**

**※研修当日に、参加者全員の所属と氏名を記載した一覧を配付させていただきます。あらかじめご了承ください。**

**※令和６年1１月８日（金）午後５時までにご返信ください（郵送の場合は必着）。**

**※お申込み多数の場合は先着順となります。**