受講申込書

**小金井市障害者（児）同行援護従業者養成研修**

**（通学）申し込み**

**令和４年３月19日（土）・20日（日）・21日（月・祝）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①ふりがな　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　 | ②住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ③職場等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ④電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ⑤メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

宛先：小金井市障害者地域自立生活支援センター

メール：shien@koganei-fukushi.com FAX：０４２－３８３－８４８８

☆上記の必要事項をご記入の上、メールまたはFAXでお申し込みください。

お問合せ先：小金井市障害者地域自立生活支援センター（担当：勝見）

電話：０４２－３８１－８８１１　　FAX：０４２－３８３－８４８８

※個人情報は慎重に管理し、本研修の受講管理のために使用いたします。