



受講申込書

小金井市障害者（児）同行援護従業者養成研修

（一般）（通学）申し込み

令和8年2月15日（日）・21日（土）・22日（日）23日（月）

24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 _____	⑥生年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

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：石川）

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。