受講申込書

小金井市知的・精神障害者移動支援従業者研修

（通学）申し込み

令和８年１０月１０日（土）・１７日（土）・２４日（土）

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 S・H　　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　（大）

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。