

(別紙様式)

令和 7 年 月 日

特定非営利活動法人生活サポート千葉
担当 済賀 行
Mail soudan-kensyu@ssschiba.jp

令和 6 年度千葉県相談支援従事者等専門コース別研修(発達障害者への相談支援)受講申込書

開催日：令和 7 年 3 月 5 日（水）受付 8：50～ 研修 9：20 ～ 16：40

事業所名
住 所
電話番号
FAX 番号
メールアドレス
記載者名

参 加 者 名

職 名	ふりがな	生 年 月 日		現在相談支援専門員として従事しているか	相談支援専門員として従事した年数
	氏 名				
		昭和 平成	年 月 日	はい いいえ	年

※研修参加において、特別な配慮を必要とする場合は、個別にお知らせください。

※お申込みいただいた方には、受講が決定しましたら、受講票を送信いたします。

受 講 票（当日持参）

受講番号	番	様
特定非営利活動法人 生活サポート千葉 理事長 里見 吉英 印		