

(別紙様式)

令和 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

TEL 043-222-0773

Mail soudan-kensyu@sschiba.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（障害児支援）受講申込書

開催日：令和6年2月5日（水）・10日（月）

受付9：15～ 研修9：30～ 16：50

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

ふりがな	生 年 月 日	有資格 【どちらか又は両方に○】	現在、従事しているのは どちらですか	従事し た年数
氏 名	昭和 平成 年 月 日	相談支援専門員 児童発達支援管理責任者	相談支援専門員 児童発達支援管理責任者	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