

※郵送にてお申し込みください。

2025 年 月 日 作成

第20回(2025年度-前期) 知的障害を理解するための基礎講座 受 講 申 込 書				
ふりがな			生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (西暦 年)
氏 名				
書類送付先	(自宅・勤務先) ※どちらかに○をしてください。※勤務先送付の場合は、必ず <u>勤務先名</u> を記入すること。 〒 都道府県 携帯: TEL: メールアドレス: @ 【ご自身でお使いのアドレスを記載】			
ご勤務先 (施設・事業所に勤務されている方のみご記入ください)	☐ ①障害関係事業所職員 (常勤) ☐ ②障害関係事業所職員 (非常勤) ☐ ③上記①②以外の方 ※①・②の障害関係事業所にご勤務の方は、 右記勤務先等でご記入ください。		勤務先名称	法人名 事業所名
			事業種類	(障害児入所・生活介護・就労B・障害者支援施設など)
	勤務年数	年 月	職種	(生活支援員・児童指導員・保育士・栄養士・事務員など)
受講の目的				
受講の きっかけ	☐ 職場の人に勧められた ☐ 職場以外の人に勧められた ☐ 自ら進んで ☐ その他 ()		受講料の 支払	☐ 私費 ☐ 公費 ※個人でお支払いの場合は私費を選択してください。
			請求書 (必要な場合は カッコに宛名 を記入)	☐ 必要 ☐ 不要 () ※私費の場合は、請求書を発行いたしません。 ※個人名の請求書は発行しておりません。
受講に あたり	オンデマンド動画の視聴による提出物作成にあたり、 インターネット接続が可能な環境と機器を用意できる。 ☐ 用意できる (パソコン・タブレット・スマートフォン等) ※オンデマンド動画の視聴が必須となります。			

----- 以下は記入しないでください (切り取り不可) -----

日本知的障害者福祉協会記入欄		
受付日	受付番号	受講番号

書類送付先
〒105-0013 東京都港区浜松町 2-7-19 KDX 浜松町ビル 6 階
(公財) 日本知的障害者福祉協会 知的障害を理解するための基礎講座係

※募集定員に達し次第終了となります。

〔事務局記入欄〕



二次元コードより申込みも
できます。