

※郵送にてお申し込みください。

2022 年 月 日 作成

## 第15回(2022年度-②) 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			昭和・平成
氏名		生年月日	年 月 日生 (西暦 年)
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>勤務先名称</u> を記入。 〒 _____ 都道府県 _____ 携帯: _____ TEL: _____ メールアドレス: _____ @ _____ 【ご自身のアドレスを記載してください】		
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)	<input type="checkbox"/> ①障害関係事業所職員(常勤) <input type="checkbox"/> ②障害関係事業所職員(非常勤) <input type="checkbox"/> 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、右記勤務先等ご記入ください。	勤務先名称	法人名 _____ 事業所名 _____
	勤務年数 _____ 年	職種	(障害児入所・生活介護・就労B・障害者支援施設など)  (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	<input type="checkbox"/> 職場の人に勧められた <input type="checkbox"/> 職場以外の人に勧められた <input type="checkbox"/> 自ら進んで <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	受講料の支払	<input type="checkbox"/> 私費 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。		

----- [事務局記入欄] ----- 以下は記入しないでください(切り取り不可) -----

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