

※郵送にてお申し込みください。

2024 年 月 日 作成

第18回(2024年度-①)
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		年月日 (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</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)	<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	<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) () ※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いません。
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。 (パソコン・タブレット・スマートフォン等) <input type="checkbox"/> 用意できる ※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)

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〕