福祉研修センター担当宛て

福祉研修センター テーマ別研修 参加申込書

**知的障害のある人の語りを聞く面白さと奥深さ**

**〜本人たちの語るライフストーリーからの学び～**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講日時 | 令和６年６月１０日（月） １５：００～１７：００ |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 所属先 |  |
| 職　　種 | （例： 生活支援員 、 相談支援専門員 、 ホームヘルパー 、 就労支援員など） |
| （現在の業務についてご記入ください） |
| 所属先所在地 |  |
| 連絡先 | ＴＥＬ　ＦＡＸ　Ｅメール（必須） |

※ 先着順に受け付けします。

※　感染症対策にご協力願います。

※ 【お願い】ご参加の際は公共交通機関をご利用ください。