

相談支援ステップアップ研修

参加申込書（参加費 無料）

所属団体名 _____（大阪市 _____区）

電話番号 _____ FAX _____

ふりがな
氏名 _____

該当するものを○印で囲んでください。

研修受講にあたり、配慮すべき事項 有 ・ 無

有に○をされた方は、下記のあてはまる項目を○印で囲んでください。

記入が必要な場合は、適宜ご記入ください。

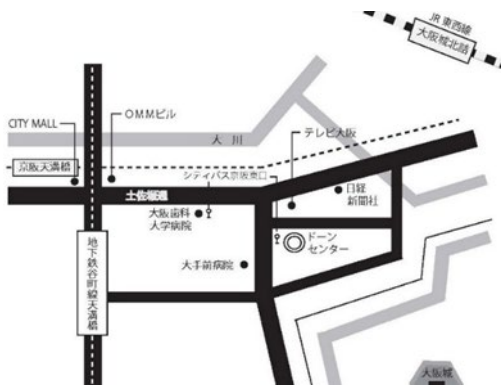
1. 電動車いす
2. 手動車いす
3. 手話通訳
4. 点字資料
5. 拡大文字
6. 同行介助者 有（ ）名 ・ 無
7. その他（ ）

障がい者相談支援業務に携わってからの従事年数をご記入ください。

※実務経験1年以上の方が対象となります。

年 月

※お申込みされた方は、当日そのままお越しください。受講不可の場合のみ、FAXにてご連絡いたします。



ドーンセンターへのアクセス

- 京阪「天満橋」駅、Osaka Metro（旧大阪市営地下鉄）谷町線「天満橋」駅 ①番出入口から東へ約350m。
- JR 東西線「大阪城北詰」駅下車。②号出口より土佐堀通り沿いに西へ約550m。
- 大阪シティバス「京阪東口」からすぐ。

※新型コロナウイルス感染症対策のため、マスクをご持参・ご着用ください。

※申込の際に提出していただきました個人情報についてこのセミナー以外の目的に使用いたしません。

お問い合わせ先 大阪市障がい者相談支援研修センター
TEL 06-6622-1205 FAX 06-6622-1223