

「大阪市障がい者相談支援従事者研修」 ～精神障がいのある方へのよりよい支援のために～ 参加申込書

所属団体名 _____ (大阪市 _____ 区)

電話番号 _____ FAX _____

ふりがな _____
 氏名 _____

せいねんがっぴ
 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

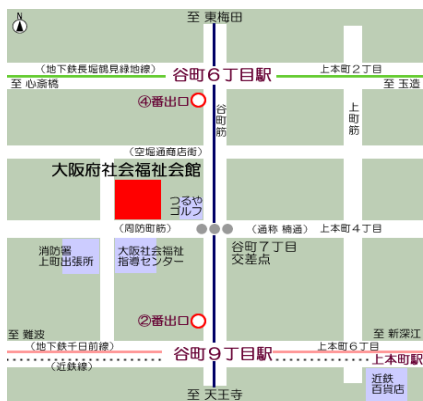
有に○をされた方は、下記のあてはまる項目に○印で囲んでください。

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 () | | | |

障がい者相談支援事業に携わってからの従事年数をご記入ください。

_____ 年 _____ ヶ月



大阪府社会福社会館 会議室 301
 〒542-0012

大阪市中央区谷町7丁目4番15号

地下鉄谷町線・長堀鶴見緑地線「谷町六丁目駅」下車

2番出口から谷町筋を南へ約500m

お問い合わせ先 大阪市障がい者相談支援研修センター (研修担当：谷口・寺田)
 TEL 06-6622-1205 FAX 06-6622-1223