

名東区障害者自立支援連絡協議会 第1回事業者連絡会 申し込み用紙

1 事業所名	
2 参加者氏名	
3 参加人数	
4 接続パソコン台数	
5 メールアドレス	※後日、開催案内メールを送信します。 <u>アドレスのお間違いのないように</u> お願いします。
6 電話番号	
7 FAX 番号	
8 事前アンケート	<p>※研修に関する内容でお聞きしたいことをご記入お願い致します。当日、質疑応答の時間に、事前に頂いた質問を講師の方にご返答を頂く予定となっています。皆様からのご質問をお持ちしています。</p> <p>(例)希死念慮のある方との関わりで対応に困ったことや、知りたいことなど。</p>
<p>送信先 名東区障害者基幹相談支援センター FAX : 052-739-5330 TEL : 052-739-7524</p>	
締め切り 12月10日	