**平成２9年度**

**大分県発達障がい者支援センター**

**就労支援者研修会申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・女 | 生年月日 |
| 名　　前 |  | 　　　年　　月　　日生昭和平成（　　　　　）歳 |
| 所属機関 |  |
| 職　　名 |  |
| 就労支援実務経験 | 年　　　　　　ヵ月 |
| □　職　場 | 〒　 |
| ＴＥＬ | ＦＡＸ |
| □　ご自宅 | 〒　 |
| ＴＥＬ携帯 | ＦＡＸ |
| ※ご希望の郵送先の□にチェックを入れてください。チェックが無い場合は職場の方へ郵送いたします。 |
| Ｅ－Ｍａｉｌ | **研修に関する連絡はメールで行います。差し支えないアドレスをお書きください。** |
| 職歴・資格等 |  |
| 研修希望**（必ずチェックを****して下さい）** | □　研修１　事例検討会【11月２５日(土)】□　研修２　視察・実践報告【1２月２１日(木)】□　研修３　講義【１月１３日(土)】□　研修４　実技研修　【2月２１日(水)】 |

＜個人情報の取り扱いについて＞

個人情報については、当センターに於いて適性に管理し、以下の実施に限り使用します。

①就労関係研修の実施について（名簿の作成など）　　②アンケート調査を実施する場合