**令和６年度高知県ＤＰＡＴ隊養成オンライン研修**

**別　紙**

**参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 電話番号 | 　　　　　　　 |
| 住所（web接続先等の案内送付先） |  |

■参加者

|  |  |
| --- | --- |
| **職　種** | **氏　名　（ふりがな）** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**申込期限：令和６年８月16日（金）**

【お問い合わせ・申込先】

高知県子ども・福祉政策部障害保健支援課　門田・森

　〒780-8570　高知市丸ノ内1丁目2番20号

　T E L：088-823-9669　F A X：088-823-9260

Email：060801@ken.pref.kochi.lg.jp