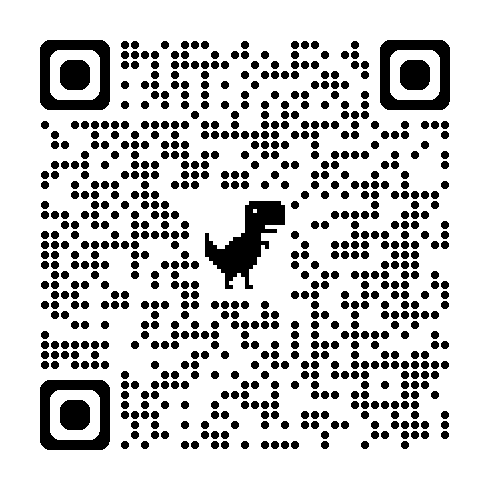
令和6年度　高知県地域移行・地域定着支援関係者研修事業

精神障がい者支援の障がい特性と支援技法を学ぶ研修

**受講申込書（専用申込フォーム）**

なるべく以下の専用申込みフォームにてお申込みください

　（１）QRコードから申し込む



　（２）URLから申し込む

　　　　<https://forms.gle/3sRHwTnySB6tptjC7>

※登録されたメールアドレスに受講通知や緊急時のご連絡などを送付させていただきます。

【個人情報の取り扱いについて】

本研修申し込みにより知り得た個人情報については、本研修の運営（受講管理、修了書発行、

グループ編成、修了者管理）にかかる目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

【受講申込書　送付先　及び　締め切り】

郵送先：〒78０－０８７０ 高知市本町4丁目1番37号

丸ノ内ビル内　高知県社会福祉センター3F

高知県精神保健福祉士協会事務局　宛

FAX送付先：（０８８）８71－5100

**申込締切：令和7年２月５日（水）　必着**

令和6年度　高知県地域移行・地域定着支援関係者研修事業

精神障がい者支援の障がい特性と支援技法を学ぶ研修

**受講申込書（郵送及びFAX用）**

【記載上の留意事項】

修了証書に記載するため、文字ははっきりと楷書で記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 昭和　・　平成  　　　　年　　　月　　　日 |
| 受講者の氏名 |  |
| 受講者の 住所及び連絡先 | 〒　　　－  ＴＥＬ（携帯電話優先）：  **※E-mail：** | | |

　※記載されたメールアドレスに受講通知や緊急時のご連絡などを送付させていただきます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属 | 事業所の名称 | 法人名 | |  | | |
| 事業所名 | |  | | |
| 事業所所在地 及び連絡先 | 〒　　　－ | | | | |
| ＴＥＬ： | | | ＦＡＸ： | |
| 同一事業所内の  推薦優先順位 ※複数申込の場合のみ記入 | | | 定員の関係で、調整をお願いする場合があります。  その参考にしますので、複数申込の場合は  必ず順位を付けておいてください。 | | | 第　　　位／　　　人中 |
|  |
| 必要な配慮事項 | | | （電動車椅子使用、介助者同行など具体的に記入してください。） | | | |  |
|  |
|  |

【個人情報の取り扱いについて】

本研修申し込みにより知り得た個人情報については、本研修の運営（受講管理、修了書発行、グループ編成、修了者管理）にかかる目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

【受講申込書　送付先　及び　締め切り】

郵送先：〒78０－０８７０ 高知市本町4丁目1番37号

丸ノ内ビル内　高知県社会福祉センター3F

高知県精神保健福祉士協会事務局　宛

FAX送付先：（０８８）８71－5100

**申込締切：令和7年２月５日（水）　必着**