

エル・チャレンジ就労支援スタッフ養成講座 参加申込書

(FAX 06-6920-3522)

事業所名:	
事業所住所: 〒	
連絡先番号:	FAX番号:
メールアドレス:	@

①氏名(ふりがな)	男・女
生年月日:西暦 年 月 日生(歳)	
★所属施設の属性について次にあげたもののうち、該当するものの□に✓をつけてください。多機能型の施設の場合は、所属している部署のサービス体系に✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> その他の障害福祉サービス <input type="checkbox"/> その他()	
★役職 <input type="checkbox"/> 就労支援員 <input type="checkbox"/> 就労支援員予定者 <input type="checkbox"/> その他()	
★就労実経験年数: 年 月	

①氏名(ふりがな)	男・女
生年月日:西暦 年 月 日生(歳)	
★所属施設の属性について次にあげたもののうち、該当するものの□に✓をつけてください。多機能型の施設の場合は、所属している部署のサービス体系に✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> その他の障害福祉サービス <input type="checkbox"/> その他()	
★役職 <input type="checkbox"/> 就労支援員 <input type="checkbox"/> 就労支援員予定者 <input type="checkbox"/> その他()	
★就労実経験年数: 年 月	

★印・・・就労支援員養成研修の要件に相当するかどうか確認するために必ず記入してください。

★印・・・9月末時点での情報をご記入してください。

申込〆切 平成28年9月16日(金)