別紙

令和５年　　月　　日

　山形県健康福祉部長　　殿

令和５年度山形県障がい者相談支援従事者研修（初任者研修：聴講枠）聴講申込書

　このことについて、下記のとおり聴講を申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別※どちらかに**〇** | 生年月日 |
| 聴 講 者 氏 名 |  |  | 男 | 昭和 | 年　　月　　日 |
|  | 女 | 平成 |
| 聴 講 者 住 所 | 〒 |
| 電 話 番 号（平日の日中連絡がとれる番号） |  |
| E メ ー ル |  |
| 所属事業所名 |  | 職　種 |  |
| 所属事業所住所 | 〒 |
| 山形県医療的ケア児等コーディネーター養成研修修了年度 | 令和　　　年度 |

|  |  |
| --- | --- |
| 備　　　考 | * 車椅子使用・手話通訳の必要性等、事前に配慮を要することがありましたら記入してください。
 |

下記提出先に電子メールでの提出をお願いします。

提出先　　　　　社会福祉法人山形県社会福祉事業団事務局

　　　メールアドレス　soudan#ysj.or.jp（上記「#」の部分を「@」に変えた上で送信してください。）