

「医療・保健・衛生等研修会」参加申込書

FAX 又は郵送でのお申込み

- 下記に必要事項を記入の上、FAX または郵送にて申し込みください

障害者支援センター研修担当行

【FAX:045-680-1550】

☐ 第1回(10/23)	☐ 第2回(10/28)	☐ 第3回(11/7)
☐ 第4回(11/26)	☐ 第5回(12/18)	☐ 第6回(1/14)

※申込みする回に☑(チェック)をお願いします。

ふりがな		連絡先	【電話】
氏名			【FAX】
法人・団体名			
施設・事業所名			
障害福祉施設 勤続年数	☐ 1年未満 ☐ 1年～3年 ☐ 4年以上		
受講方法	<u>会場での受講</u> オンライン受講希望の方はインターネットからお申込みください		
講義で聞きたい内容がありましたらご記入ください			

インターネットでのお申込み

- チラシに記載されているURL 又は二次元コードより、申込をお願いします。

※WEBでの受講を希望する方は必ずインターネットからお申込みください。

(会場参加ご希望の方もインターネットでの申込も可能です)

※お預かりした個人情報は、参加者名簿の作成・管理等、本研修に関連する目的のみに使用し、他の目的で使用することはありません。

※個人情報の取り扱いについては、横浜市社会福祉協議会「個人情報保護に関する方針」に基づいて、適切にその管理を行います。

研修会場

横浜市健康福祉総合センター
(住所: 中区桜木町 1-1)

■ JR・横浜市営地下鉄「桜木町」駅
から 徒歩 2 分

