

令和2年度神奈川県障害者相談支援従事者現任研修(横浜市)

連絡先シート

ふりがな		受講番号
名 前		

提出頂いた課題について確認・連絡を取らせていただく事があります。その際、**日中に必ず連絡の取れる連絡場所・手段**を下記に記入ください。

連絡先名称 もしくは 勤務先名称	<hr/> <hr/> <hr/>
電話番号	

修了証書は郵送にてお送りします。

送付先住所を必ず記入ください。

修了証書 送付先住所	〒 - <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---------------	---

送付先が事業所になる場合は、事業所名も記載ください。