

※市町村記入欄

平成      年      月      日							
優先順位		※同一事業所から複数名申込む場合のみご記入ください。					
フリガナ							
受講者氏名							
生年月日		大正      ・      昭和      ・      平成      年      月      日					
所属	法人名 または 市町村名						
	事業所名 または 部(局)・課名						
	事業所の種類  ※○をつけて ください	市町村委託相談支援事業所 ・ 指定特定相談支援事業所 ・ 指定一般相談支援事業所 障害児相談支援事業所 ・ その他（                                  ）					
	相談支援事業者の 指定申請予定の有無 (予定年月)	あり      ・      なし		平成      年      月 ※相談支援事業者の指定申請予定年月を記入して下さい。			
	所在地	〒 .....					
	電話						
	ファクシミリ						
身体障害等により 受講に際し、配慮 が必要な事項  ※該当に○を つけてください			車椅子の使用の有無		介助犬の同伴の有無		点字教材
			拡大文字資料		手話通訳者		要約筆記者
			身障者用駐車場		その他（                                  ）		

○「事業所の種類」及び「相談支援事業者の指定申請予定の有無」について必ずご記入ください。