

# FAX

FAX: 092-752-5751

福岡障害者職業センター あて  
(首藤・清家・川島)

## 参加申し込み書(就労支援機関用)

機 関 名

\_\_\_\_\_

所 在 地

\_\_\_\_\_

電 話 番 号

\_\_\_\_\_

施設担当者名

( 同伴する ・ 同伴しない )

\_\_\_\_\_

		参加希望日
セミナー 参加者名	男・女 ( 障害名: )	
	男・女 ( 障害名: )	

\* 参加希望回、希望日をご記入ください  
第\_\_\_\_回 ( 月 日 )

\*担当者が同伴の場合、「同伴する」に○をつけて下さい。

申し込みは各回の1週間前までにお願いします。