

研修申込書(協同支援型研修)

長野障害者職業センターあて

FAX: 026-224-7089

法人・施設等名称：

申込者氏名（施設管理者）：

所在地：

電話：

FAX：

受講希望者： 職名

氏名

※原則として1機関1名といたしますが、応募者が定員に満たない場合にご参加いただける可能性がございますので、お二人目のご希望があれば以下にご記入ください。

職名

氏名

希望する研修を○で囲んでください。

※受講日は、お申込み後、個別に日程を調整させていただきます。

協同支援① 「アセスメント・プランニングの見学・協同支援」

協同支援② 「ジョブコーチ支援の見学・協同支援」

《お問い合わせ先》

長野障害者職業センター TEL（代表）：026-227-9774