

—平成26年度 北九州市障害者権利擁護啓発研修—

受講申込書

障害者基幹相談支援センター宛

FAX: 861-3095

標記研修を受講したいので申し込みます。

所属など	<input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> 相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業所 <input type="checkbox"/> 弁護士等の司法関係機関 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 教育機関 <input type="checkbox"/> その他 ()		
氏名 <small>ふりがな</small>		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
所属先 <small>ふりがな</small>	(役職・職種) _____		
連絡先	〒 _____ 北九州市 _____ TEL () _____ FAX () _____ ※緊急連絡先(自宅・携帯) () _____		
その他	~これまで、「権利侵害や虐待にあたるのでは」と感じたことがありましたか? その時に行った対応などがあれば記載してください。またご意見、ご質問などあれば、お書きください~		

※「記載」または「し点」を記入してください。

※ 定員を超えた場合、調整をさせて頂くことがありますので予めご了承ください。
 参加が難しい場合のみ、事務局よりご連絡をさせていただきます。

※ なお、いただいた情報は、この研修のみでの取り扱いとさせていただきます。