



# 受講申込書

北九州市障害者基幹相談支援センター宛

 Fax: (093) **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"/> 障害福祉サービス事業所 <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> 相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 権利擁護関係機関 <input type="checkbox"/> 弁護士等の司法関係機関 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
ふりがな		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名					
ふりがな					
所属先	役職・職種 _____				
連絡先	(〒 - )				
	お電話 ( ) -		FAX ( ) -		
	※緊急連絡先(ご自宅・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。