**ＦＡＸ（０１８－８２９－３６７０）またはメール（**mail@fukinoto.or.jp**）にて**

**お申し込みください。**（送信票は不要です）

**令和２年度 障害者虐待防止・権利擁護研修**

**参　加　申　込　書**

所属先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 役 職 名 | 氏　名 | コース（いずれかに○を記入） |
| (ア)市町村自治体 | (イ)施設従事者 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| 備考（車椅子等により座席の配慮やサポートが必要な場合、その他事務局にご連絡のある方は具体的にご記入ください） |

担当者氏名

連絡先 TEL　　　　 （　　　　）

連絡先 FAX　　　　 （　　　　）

社会福祉法人秋田県社会福祉事業団事務局　行

FAX ０１８－８２９－３６７０