**令和4年度　青森県知的障害者福祉協会　職員研修会**

|  |
| --- |
| **【　参加申込書　】** |

青森県知的障害者福祉協会　事務局行き

**メール：masanao.takagi@aosyakyo.or.jp**

**■必ずメールでお申込みください。**

申込日　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 住　　所（請求書類送付先） | 〒　　　　- |
| [TEL]　 | [FAX] |
| （フリガナ）ご担当者名 |  | メールアドレス【必須（注1）】 |

【申込締切：令和４年１２月１５日（木）まで】

下記の通り申し込み致します。（注2、３）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | （フリガナ）氏　　　名 | 職　　名 | 参加者名簿に名前記載する |
| 例 | アオモリ　タロウ青森　太郎 | 生活支援員 | 〇 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

（注1）受講の可否、ZOOM接続情報等はメールで通知しますので、必ずメールアドレスを記入して下さい。

（注2）複数参加の施設につきましては、定員オーバーの場合に参加人数を調整させていただく場合がございます。

（注3）グループワークを行うため、一人1台の端末で参加ください。マイクとカメラも端末ごとに必要となります。

【お問合せ先】青森県知的障害者福祉協会事務局　　担当:高木

〒030-0822青森市中央3－20－30　県民福祉プラザ2階

青森県社会福祉協議会内

ＴＥＬ：017-723-1391　　ＦＡＸ：017-777-0015

E-mail：masanao.takagi＠aosyakyo.or.jp