（FAXの送付状は不要です）

送付先：障害者相談支援ネットワークふくおか 相談支援事業所ネットワーク部会

（事務局）北九州市障害者基幹相談支援センター　 　福田　行

０９３－８６１－３０９５

**受講申込書**

**障害者相談支援ネットワークふくおか　相談支援事業所ネットワーク部会**

**設置総会・および記念講演会**

標記研修を受講したいので申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | ふ り が な |  | ③ | ふ り が な |  |
| 氏　名 |  | 氏　名 |  |
| ② | ふ り が な |  | ④ | ふ り が な |  |
| 氏　名 |  | 氏　名 |  |
| ふ り が な |  | 相談支援事業所ネットワーク部会　加入・非加入※どちらかに〇をお願いします。 |
| 所　属　先 |  |
| 所属先住所 | 〒　　　－　　　関係者・家族・当事者※いずれかに〇をお願いします。福岡県 市・町・村 Tel（　　　　）　　　　－　　　　　Fax（　　　　）　　　－　　　　Mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　※緊急連絡先（自宅・携帯）　（　　　　）　　　　　－　　　　　　　　 |
| 障害のある人で、情報保障（手話、要約筆記等）や介助等が必要な方はお知らせください。 | 手話・要約筆記・その他介助等（　　　　　　　　　　　　　） |

※この申込書に記載頂いた個人情報は、本研修以外の目的では使用しません。

受講料振込みについて

【受講料】　　障害者相談支援事業所 ネットワーク部会

＜加入事業所＞　１名につき 　　 １，０００円（資料代として）

２名以上１名につき ３，０００円

＜非加入事業所＞ １名につき ４，０００円

振込み先　　　福岡銀行　戸畑支店

口座番号　　　普通預金　No．2241485

口座名義　　　ネットワークふくおか

　　　　　　＊振込手数料はご負担ください。

＊平成 年　　月　　日に　振込予定・振込済　（どちらかに〇をしてください）

＊振込名義（　　　　　　　　　　　　　　　）

＊振込金額（　　　　　　　　円）

【お振込みに関するお願い】

①上記宛てに受講者、もしくは事業所のお名前でお振込みをお願い致します。

②受講料領収書は、「振込金領収証」で代えさせて頂きます。

③お支払い頂いた受講料は返金できません。ご承知おきください。