令和2年度　福岡県相談支援従事者初任者研修　地域実習

第２回目申込書

北九州市障害者基幹相談支援センター

対象者：令和2年度福岡県相談支援従事者初任者研修3～7日目を受講中の方で、研修終了後に北九州市及び圏域で障害者相談支援業務に従事する予定の方

開催日程：令和3年1月14日（木）13：30～15：30

会場：ウェルとばた６階　北九州市立東部福祉会館　6AB研修室

申込方法：太枠内に必要事項を記入し、メールに添付してご提出ください。

提出先　北九州市障害者基幹相談支援センター代表アドレス　chiiki@shien-c.com

申込受付期間：令和2年12月21日（月）～令和3年1月8日（金）まで

　太枠内にご記入をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| ご所属 | 事業所名：住所： |
|  | 電話番号： |
| 連絡先 | e-mailアドレス：※受講決定等についてのご案内にて使用します。 |
|  | 現在受講している研修の実施団体の横に「○」を入力してください。 |
| 研修実施 |  | 福岡県社会福祉士会※研修5日目が11月25日、12月8日の方 |
| 団体名 |  | 総合健康推進財団※研修5日目が12月3日、12月17日の方 |

・研修当日は自宅での検温とマスクの持参・着用をお願いいたします。

・発熱が疑われる場合は研修参加を自粛するとともに、その旨をセンターまで連絡下さい。

・新型コロナウィルスの感染症拡大の防止に協力ください。

お問い合わせ先

北九州市障害者基幹相談支援センター　電話：093-861-3045　FAX：093-861-3095

　　　　　　　　　　　　　　　　　　Mail：chiiki@shien-c.com

担当　藤野（ふじの）