FAX送信票（本紙のみ送付をしてください）

本紙発送をもって受付とさせていただきます。

※できるだけインターネットからの申し込みをお願いします。

**かながわライフサポート事業 相談支援フォローアップ研修　申込書**

申込締切日：２月１５日（木）

福祉サービス推進部　宛

FAX ：045-312-6302

**※メールアドレスを必ず記載してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 施設名又は所属機関 |  |
| 所属先住所 | （〒　　　　‐　　　　　） |
| 連絡先 | 電話 |
| **★メールアドレス（研修に関するご連絡はメールにて行うため、必ずご記入願います）** |
| 参加者氏名 | 従事している職種 | お名前 |

* 相談支援における相談者の情報収集できになること、悩み等があれば教えてください

◆ 講師の先生に質問したいことをご記入ください。