

沖縄県相談支援事業所管理者研修

* 参加申込み書 *

宛先：特定非営利活動法人

おきなわ障がい者相談支援ネットワーク事務局

お申し込み F A X 番号：098-975-6365

M a i l : o s n @ n i n u s . o c n . n e . j p

※お願い・・・平成 29 年 8 月 1 8 日 (金) 迄に送信をお願いします。

◆日 時：平成 29 年 8 月 24 日 (木)

：13 時 30 分～17 時 00 分 (受付：13 時 15 分～)

◆場所：**カルチャーリゾートフェストーネ 多目的ホール (雲海・琉海)**

【住所】〒901-2224 沖縄県宜野湾市真志喜 3-28-1

所属機関名及び住所 (必須)	F A X (必須)
所属機関名： _____ 住 所： _____	TEL： _____ FAX： _____
メールアドレス	@

	参加者氏名	生年 月日	①サービス管理責任者資格：(有・無) ②サービス管理責任者として従事してる：(○・×) ※①②共に該当する項目に○で囲む	備考
1	(ふりがな) _____	年 月 日	① (○ ・ ×) ② (○ ・ ×)	
2	(ふりがな) _____	年 月 日	① (○ ・ ×) ② (○ ・ ×)	
3	(ふりがな) _____	年 月 日	① (○ ・ ×) ② (○ ・ ×)	
4	(ふりがな) _____	年 月 日	① (○ ・ ×) ② (○ ・ ×)	

◆研修受講にあたり、特別な配慮 (手話通訳、要約筆記、リクライニング式車椅子等々) が必要な方、その他不明な点がありましたら下記事務局までご連絡くださいますようお願いいたします。

【問合せ先】特定非営利活動法人 おきなわ障がい者相談支援ネットワーク 事務局
 (T E L) : 098-923-3810 / (F A X) : 098-975-6365
 (携 帯) : 080-6480-6178 メールアドレス： osn@ninus.ocn.ne.jp
 担当： 溝口