

送信先：（福）尚恵学園 コスモス内
障がい児者ケアマネジメントネットワーク県南（仮） 事務局行き

ファックス：029-833-1286

※送信表は不要です。この用紙のみ送信して下さい。

第7回 地域関係機関の情報交換研修会
ご本人の想いを大切にす支援とは？

参加申込書

研修会に参加を申し込みます。

圏域	県北 ・ 県央 ・ 県西 ・ 県南 ・ 鹿行	
法人・事業所名	法人	事業所
事業形態	サービス提供事業所 ・ 相談支援事業所 ・ その他	

受講不可の場合の連絡先	連絡先は	事業所宛 ・ 個人宛
	連絡先	(いずれかに○をつけ、下欄に電話番号を記入してください)

優先順位	フリガナ氏名	参加希望（○印をつけて下さい）					キャンセル待ち希望
		午前の講演	ランチセッション	午後の講演セッション	懇親会 18:00-	夜の作戦会議 21:00-	
1	フリガナ						する ・ しない
2	フリガナ						する ・ しない
3	フリガナ						する ・ しない

※応募者多数の場合は、事業所から複数のご参加をご遠慮いただく事がありますので、優先順位を決めて申し込んでください。

※受講可能の場合、連絡を致しません。当日直接会場にお越しください。

※受講不可の場合はお電話にてご連絡を差し上げますので、ご了承ください。

※この研修会は、ネットワークを作ることも大きな目的です。当日、参加される方の名簿（所属・名前）を作成、配布させていただきますことをご了承ください。

※いかなる理由であっても、キャンセルの場合はご連絡をお願い致します。

前日までの連絡先：029-831-1686（尚恵学園）

当日キャンセルの連絡先：029-836-7200（つくばライフサポートセンターみどりの）