受講申込書

**小金井市知的障害者移動支援従業者研修**

**（通学）申し込み**

**令和７年1０月４日（土）・１１日（土）・１３日（月・祝）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①  ふりがな  氏　　名 | ②住所 | ③職場等 |
| ④電話番号 | ⑤メールアドレス | ⑥生年月日  　　　　　年　　月　　日 |

宛先：小金井市障害者地域自立生活支援センター

メール：[shien@koganei-fukushi.com](mailto:shien@koganei-fukushi.com) FAX：０４２－３８３－８４８８

☆上記の必要事項をご記入の上、メールまたはFAXでお申し込みください。

お問合せ先：小金井市障害者地域自立生活支援センター　担当：石川（大）

電話：０４２－３８１－８８１１　　FAX：０４２－３８３－８４８８

※個人情報は慎重に管理し、本研修の受講管理のために使用いたします。