

まほろばあいサポーター研修申込書

申込日：令和 年 月 日

研 修 希 望 日 時	年 月 日 () 時 分 ～ 時 分		
研 修 会 の 名 称	(他の研修等のプログラムの1つとして行う場合はその研修会の名称)		
研 修 の 主 催 者			
研 修 場 所			
(上記研修場所住所)	〒		
研 修 対 象 者		人 数	人 程 度
連 絡 先 (折り返し電話をさせていただきますことがあります)	担 当 者 (所属) (氏名)		
	電 話 番 号		
	F A X 番 号		
	メ ー ル ア ド レ ス		
研 修 を 行 う に あ た っ て	研修所要時間は、60分～90分程度です。		☐
	研修では、DVDを視聴していただきますので、 視聴機器(パソコン、プロジェクター、スクリーン等)の準備をお願いします。		☐
	県ホームページへ開催の情報を掲載してよろしいですか？		可 ・ 否
備 考			

【研修申込先】

〒630-8501 奈良市登大路町30番地

奈良県福祉保険部障害福祉課共生推進係

電話 番 号 : 0 7 4 2 - 2 7 - 8 9 2 2

FAX 番号 : 0742-22-1814

メールアドレス : syogai@office.pref.nara.lg.jp