

FAX 271-5366

令和 年 月 日

神戸市社会福祉協議会 地域支援部 行

障がいサポーター養成講座申込書

団体名： _____

(ご担当者名) _____

(TEL) _____

(FAX) _____

○希望日時

(第1候補)	令和	年	月	日	()	時	分	～
(第2候補)	令和	年	月	日	()	時	分	～
(第3候補)	令和	年	月	日	()	時	分	～

○開催場所 (施設名称) _____

(所在地) 神戸市 _____ 区 _____

(電話番号) _____

◀開催場所に下記の機材等がありますか？該当する方を○で囲って下さい。▶

DVD プレイヤー	プロジェクター	スクリーン	大型テレビ	駐車場
有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

○受講者数 _____ 名

○研修内容

- 講義のみ (所要時間：1時間くらい)
- 講義と実技 (所要時間：1時間半くらい)

*実技の例：アイマスク体験、車椅子体験、簡単な手話体験 等

○その他 (研修にあたりご希望等があればご記入下さい。)