受講ご希望の方は、以下にご記入のうえ、**FAX：053－445－3717** までお送りください。（添状不要）
またはＥメール　jobcoach@n-pocket.jp にお申し込みの方は、以下の項目をすべてお知らせください。

静岡県委託　「障害者職場定着支援事業」

浜松 NPO ネットワークセンター宛て

「障害者の就労と雇用を支援する人のための研修 2015」受講申込書

月　　日　受付（2015　　）

ふりがな 氏　名	（　　歳 ／ 男・女 ）	
連 絡 先 (勤務先・ご自宅) 〇で囲んでください	住 所	〒
	電 話	
	ＦＡＸ	
	e-mail	
勤務先･所属団体		
受講希望講座	１．全講座 ２．一部講座のみ プログラムの中から希望する講座番号を記入してください。	
該当するものに○を付け志望動機をご記入ください。	1. 静岡県ジョブコーチとして活動したい 2. 施設等で障害者支援を担当している 3. 企業で障害者雇用に関わっている 4. 障害者が身内･知り合いにいる 5. その他（　　） **志望動機**	
質問や配慮事項等があればご記入ください。	**質問等**	