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**

**静岡県委託　「障害者職場定着支援事業」**

「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。  質問や配慮事項等があればご記入ください。 | 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**  **質問等** | | |