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** |