**平成２９年度愛知県成年後見制度利用推進研修（障害者権利擁護研修）**

**受講申込書**

　下記の必要事項を記載の上、メール又はファックスのいずれかでお申し込みください。

**先着順で受付を行い、**定員（８０名）に達し次第、御参加いただけない方にのみ、電話・ファックスのいずれかの方法で御連絡します。

　　**※定員を超えたり、特定の地域の参加者に偏った場合は、受講を調整させていただくことがありますので、御了承ください。**

　　**※当課より連絡がなければ、そのまま当日会場までお越しください。**

**申込先　　愛知県　健康福祉部　障害福祉課　相談支援Ｇ　関宛**

**ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：****shogai@pref.aichi.lg.jp** **FAX：０５２－９５４－６９２０**

**締切：　平成３０年３月７日（水）**

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 市町村・法人名　等 |  |
| 市町村所属・委託事業所名・指定相談支援事業所名　等 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | 電話： |
| FAX： |
| 受講にあたり、配慮が必要な方は必要な配慮事項を具体的に記入してください。(例)車椅子を使用するので座席位置を配慮してほしい。 |  |

　※提出いただいた情報は当研修にかかる事務以外には使用しません。