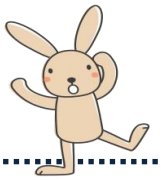
（あて先） 京都市 障害保健福祉推進室　松本あて　（FAX　：　251－2940）

◇◆◇　お申込みフォーム　◇◆◇

～ 事業所で行うアセスメント ～

（　9月28日 開催　）

施設名				
	□　移行　　□　継続A　　□　継続B　　□　その他（　　）			
連絡先	（TEL）	（FAX）		
参加希望者	氏　名	役職・部署	就労支援経験	情報提供
			年　　ヶ月	□同意する □同意しない
			年　　ヶ月	□同意する □同意しない
			年　　ヶ月	□同意する □同意しない
			年　　ヶ月	□同意する □同意しない



●お申込期限　9月17日（木）まで

○●○　施設名・氏名の情報について○●○

御記入頂いた施設名・氏名を出席者名簿としてまとめ，主催者の各機関へ情報提供をさせていただく場合がございます。情報提供に同意いただける場合は上記の記入欄の”同意する”にチェックを入れてください。同意いただけない場合は”同意しない”にチェックを入れてください。

○●○　お申込み方法について○●○

お申込みは，この「お申込みフォーム」に御記入のうえ，郵送又はFAXにてお申込みください。
（※ 定員になり次第締め切らせていただきます。）

お申込み・お問合せ先
京都市　障害保健福祉推進室　　担当：松本
TEL：075（222）4161
FAX：075（251）2940