（別紙）

※本申込書をメールに添付してください

大阪府障がい者自立相談支援センター

知的障がい者支援課　　機関研修担当　あて

Email：jiritsusodan-c@sbox.pref.osaka.lg.jp

令和3年度 大阪府内の知的障がい者福祉関係機関職員に対する「機関研修会」

**参　　　加　　　申　　　込　　　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ご所属
 | 1. お名前
 | 1. メールアドレス
 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **令和4年1月7日（金）〆切**

問い合わせ時のご連絡先　ＴＥＬ

問い合わせ時のご担当者

* 同一メールアドレスで複数名が視聴される場合には、③欄にはお二人目からは同上とご記入ください。