障害者**虐待防止研修** 申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 団 体 名 | 団体代表者 職・氏名（ 　　　 ） |
| 所　　在 | 〒 |
| 担当者名 |  |
| 電話／ＦＡＸ |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |
| 開催希望日時 | 令和 　 年　　月　　日(　 ）午前・午後　 　時　　分～　　時　　分  １　希望日時は火曜日から土曜日のそれぞれ午前９時３０分～午後５時１５分の範囲で御記入ください。  ２　研修時間は１時間３０分以内にて御願い致します。 |
| 会　　場 |  |
| 参加予定人数 | 名 |
| その他 | 該当部分にチェックをお願いします。  □プロジェクター持参希望　　　　□スクリーン持参希望  □パソコン持参希望  □その他連絡事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

・研修は無料です。日程については事前に御相談のうえ、この書式にてお申し込みください。

・申込み問合せ

**山梨県障害者権利擁護センター**　〒400-0005甲府市北新1-2-12 山梨県福祉プラザ１F

　　　ＴＥＬ　０５５（２５２）０１００ 　　　　ＦＡＸ　０５５（２５１）３３４４

E-mail：[sakamura@sanshoukyou.net](mailto:sakamura@sanshoukyou.net) 　　担当：坂 村　裕 輔