

心のバリアフリー推進員 ステップアップ研修会出前講座 申込書

団体名	
代表者職氏名	
希望時期・時間等	年 月 日 () : ~ :
予定会場 (住所)	〒
参加見込人数	人
心のバリアフリー推進員 養成研修受講時期	年 月 ※わかる範囲の記載で結構です。
その他	※当日、障がい等により配慮が必要な参加者がいるなどの場合はお知らせください。
ご担当者 連絡先	氏 名 : 電 話 : メー ル :

※ 申込書を提出する前に、必ず下記問合せ先までご連絡ください。

※ 会場では、パワーポイントによる講義を行います。機材（スクリーン、パソコン、プロジェクタ）をお借りします。機材をお持ちでない場合は、担当まで連絡ください。

◎問合せ先

山形県健康福祉部障がい福祉課 障がい者活躍・賃金向上推進室（電話 023-630-3303）