|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 山口県障害福祉サービス協議会（障サ協）令和４年度 第２回 研修会  ｢感染症対策の強化をどのように行うか｣ 参加申込書【会場受講用】  QR コード  自動的に生成された説明　開 催 日：令和４年9月１３日（火）午後1時30分より  ※申込フォーム（URL：<https://forms.office.com/r/gJc0LAEsWk>）でもお申込いただけます。  ※Web受講の方は、必ず「申込フォーム」よりお申込ください  　開催方法：集合とWeb（Zoomによるライフ配信）の併催  　　参加費振込先：山口銀行　県庁内支店(普)0062305  　　口座名義：山口県障害福祉サービス協議会　会長　古川英希（ふるかわひでのぶ） | | | | | | | |
| **業所・施設** | **【所在地】**  **【名　称】** | | | **担当者** |  | **参加区分 ✔** | □　会　員（参加費3,000円）  　　　※障サ協会員は『**事業**』単位です。御注意ください。  □　非会員（参加費6,000円）  □　行　政  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |  | | | **連絡先** |  |  |  |
|  |  | | |  |  | **参加費：　　　　月　　　　日　振込予定** | |
|  | | | **職　　名**  例：相談支援専門員 | **サービスの種類**  例：就労Ｂ、生活介護 | | **備　　考**  （※車いす利用等） | |
| 1 | |  |  |  | |  | |
| 2 | |  |  |  | |  | |
| 3 | |  |  |  | |  | |
| ４ | |  |  |  | |  | |
| ５ | |  |  |  | |  | |
| その他、連絡事項等があれば御記入ください | | | | | | | |

「参加申込書」に記載された個人情報は、研修会の運営管理のみに使用させていただきます。　　　　　　　　　　**＊申込締切：8月３１日（水）**