|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 山口県障害福祉サービス協議会（障サ協）令和６年度 第１回 研修会  「ご本人の思いへのアプローチ～意思決定支援と医療同意～」≪会場参加申込書≫  ※Web受講の方は、必ず「申込フォーム」よりお申込ください  　開催日：令和６年７月５日（金）午後２時より午後４時３０分まで  　会　場：山口県社会福祉会館　４階　大ホール（山口市大手町９－６）  　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】**  **E-mail：** | | | **担当者** |  | **参加区分 ✔** | □ 会　員　　　　　　　（参加費２,000円）  □ 非会員　　　　　　　（参加費８,000円）  □ 山口県知的障害者福祉協会会員（参加費4,000円）  □ 行　政  □ その他（　　　　　　　　　　　　） |
|  |  | | | **連絡先** | **TEL** |  |  |
|  |  | | |  | **FAX** |  |  |
|  |  | | |  |  | **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：６月２０日（木）**