

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 □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】 | 担 当 者 | 参加区分 ✓ | <input type="checkbox"/> 会 員 (参加費2,000円) |
| | 【名 称】 | | | <input type="checkbox"/> 非会員 (参加費8,000円) |
| | E-mail: | 連 絡 先 | | <input type="checkbox"/> 山口県知的障害者福祉協会会員 (参加費 4,000円) |
| | | TEL | | <input type="checkbox"/> 行 政 |
| | | FAX | | <input type="checkbox"/> その他 () |
| | | 参加費: | | 月 日 振込予定 |
| ふり 氏 | がな 名 | 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）**