

福祉関係機関向け「就職活動サポート講座」 受付票

記入日： 平成 年 月 日

記入者： _____

ふりがな	ふりがな
事業所名	担当者 (役職名)
所在地	連絡先 (電話番号)
講座内容について	
実施希望日時	第一希望：平成 年 月 日 () : ~ :
	第二希望：平成 年 月 日 () : ~ :
講座対象者	① 支援者向け ② 利用者向け ③ その他 () ↑いずれかを○で囲んでください。複数回答可。
参加人数	名 講座形式 講義 ・ グループワーク ・ その他 ()
会場	① 依頼者が調整 (施設名・部屋：) ② 就労支援センター内 ③ その他 () ↑いずれかを○で囲んでください。場所については、日時・人数等の関係でご希望に添えない場合があります。
障害種別	身体障害 ・ 知的障害 ・ 精神障害 ・ 発達障害 難病 (病名：) ・ その他 ()
1. 講座内容の希望について伺います。 1) 希望テーマ 「 _____ 」 2) 目的 3) 具体的な内容 4) タイムスケジュール _____ 講座内容 _____ 必要資料 等 _____ 司会・進行役 : ~ : (分) : ~ : (分) : ~ : (分) : ~ : (分)	
<備考欄> ※その他、何かご希望がございましたら、ご記入下さい。	