

「職場内の障害理解を深める勉強会」 受付票

記入日：

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：令和 年 月 日 () : ~ :		
	第二希望：令和 年 月 日 () ~		
講座対象者	① 従業員 ② 当事者 (雇用されている又は雇用する予定の障害者) 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 仙台市障害者就労支援センターに依頼 (希望場所：) ③ 仙台市障害者就労支援センター内 ④ 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。		
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、何かご希望ございましたら、ご記入下さい。			