

※FAXでのお申し込みの方は裏表間違えないようにお願いいたします。

FAX送信先	川崎市福祉人材バンク 研修担当宛
FAX番号	044-739-8740 申込締切り日 8月23日(金)【17:00必着】

研 修 申 込 書

【研修テーマ】	発達障害について～正しい理解と支援のために～			
フリガナ			性別	年齢
氏 名			男・女	歳
希望日程 ※①または②を選び ○をつけて下さい		① 9月20日(金) 10時～16時		
		② 10月9日(水) 10時～16時		
住 所	〒 — — — — —			
電 話 番 号	— — — — —			
F A X 番 号	— — — — —			
申 込 者 情 報	それぞれの項目について、該当するところに○を付けてください。			
地域福祉活動経験	活動している 活動経験がある 活動に興味がある			
活 動 区 分	ボランティア (活動内容:) 民生委員 地区社協 町内会自治会 当事者団体 自主団体 子育て支援 福祉従事者 その他 ()			
経 験 年 数	6ヶ月未満 6ヶ月～1年 1年～3年 3年～5年 5年以上			
ア ン ケ ー ト	Q1 受講動機をお書きください。 Q2 講師(または当事者)への質問があればお書きください。 Q3 人材バンク主催の講座に参加された事がある場合は○をしてください。 ・幼児安全法支援員養成講習会 ・発達障害 ・アサーティブ講座 ・ゲートキーパー講座 ・ストレスマネジメント講座 Q4 保育の希望はありますか? 希望される場合は、お子様の年齢と人数をお書きください。 ・希望する (歳 ヶ月 / 人) ・希望しない			

※ 個人情報の保護について

当研修の申込に関して事務局が知り得た住所・電話番号等の個人情報は、当該研修業務の運営以外に使用される事はありません。