**※FAXの場合は、送信票を付けずに本申込書1枚で送信してください。**

**別紙**

**※右のQRコードからの申込も可能です。**

【申込先】学校法人福山医療学園（担当者：竹下・平川）

ＦＡＸ：０８４-９４６-５４５１

〒721-0945　福山市引野町南一丁目６番35号

**令和５年度 就労支援メッセンジャー養成研修**

**申　　込　　書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | ふりがな氏　　　 名 |  | 性別 |  |
| ２ | 生 年 月 日 | 昭和 ・ 平成　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）歳 |
| ３ | 申込回次 | 該当する項目に○をしてください。　・第１回 ９／１４　広島会場　　　 ・第２回 １０／３　福山会場 |
| ４ | 受講形態 | 該当する項目に○をしてください。　・会場　　　　　　　　　　　　　　　・Zoom(自宅・職場等)　　 |
| ５ | Zoom接続テスト | * オンライン希望の方のみご回答ください。該当する項目に○をしてください。

・接続テスト 必要　　　　　　　　 　・接続テスト 不要 |
| ６ | 住　　　 所（連絡先） | 〒　　　　－ |
| ＴＥＬ（　　　）　　　－　　　　 | ＦＡＸ（　　　）　　　－　　　　 |
| メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　）* ｵﾝﾗｲﾝでの受講希望者はZoomに対応できる環境のｱﾄﾞﾚｽをご記入ください
 |
| ７ | 勤　務　先 |  |
| 職名（　　　　　 　　　） |
| ８ | 勤務先住所 | 〒　　　　－ |
| ＴＥＬ（　　　　）　　　　－ |
| ９ | 受講回数 | （　　）初めて | （　　）受講経験がある |
| あいサポート研修　　 （　　）回目 | あいサポートメッセンジャー養成研修（　　）回目 |
| 就労支援メッセンジャー研修（　　）回目 | （　　）回数不明 |
| 10 | テキスト・資料の送付方法送付先 | * オンライン希望の方のみご回答ください。該当する項目に○をしてください。

・データ（PDF）　　　・紙媒体　　　・データ（PDF）と紙媒体の両方データはメールで送信、紙媒体は郵送で送ります。内容はどちらも同じです。【送付先】紙媒体を希望される方は送付先をお知らせください。　・６　住所（連絡先）　　　　　　　　　　　・８　勤務先住所 |
| 11 | その他 | * 受講にあたり配慮の必要な事項がありましたら、こちらに記載してください。申込み後、個別に御相談させていただきます。
 |

※この申込書による個人情報は、研修に関する連絡、履修状況管理等、研修関連のみの目的で使用し、
他の目的で使用することはありません。