

コミュニティセンターchot CAST 宛 **FAX 06-4256-8682**

研修参加申込書

参加を希望する講座に丸印をつけてください

○	講座名	ボランティア・ベーシック研修
	開催日時	9月24日(月・祝) 10:00~17:00
	会場	chot CAST 「オープンスペース」

○	講座名	即日検査相談スタッフ研修
	開催日時	10月8日(月・祝) 10:00~18:30
	会場	chot CAST 「オープンスペースほか」

- ※フルネームをお書きください。(ただし、ボランティア・ベーシック研修はニックネームと連絡先のみでも可)
- ※即日検査相談スタッフ育成研修を受講するには一定の条件がございます。そのため、所属先は必ずご記入ください。
- ※開催日時や会場、内容等の変更があった場合には、連絡先にお電話させていただくことがございます。
- ※ご記入いただいた個人情報は、本研修のみに利用させていただきます。

ティーンズを支援する人のための研修企画申込書

主催者名					
希望日時①	月	日 ()	:	~	:
希望日時②	月	日 ()	:	~	:

氏名(ふりがな): _____

所属先(勤務先名・学校名等): _____

連絡先(電話番号・携帯も可) _____