



# FAX 送信表 087-867-0420

令和3年度障害のある方のためのITサポーター養成講習会受講申込書

記入日 令和3年 月 日

住所	〒		
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名	(男・女)	年齢	
電話番号		FAX	
携帯番号			
メールアドレス	※ITサポーターのメーリングリストに登録させていただきます		
<b>■この講習会をどのようにお知りになりましたか？</b> 1. 募集チラシで ( ) 3. ホームページで ( ) 4. リハビリセンター職員からの情報 5. ITサポーターからの情報 6. 知人からの情報 7. その他 ( )			
<b>■活動ができる曜日・時間帯</b> ..... .....			
<b>■本講習会の受講動機や今後の抱負、自己PRなどをご記入ください。</b> ..... ..... ..... ..... ..... .....			

※いただいた個人情報は、福祉センター事業でのみ使用いたします。ただし、新型コロナウイルス感染者が確認された場合、保健所等の関係機関との間で、氏名、年齢、住所、連絡先(電話番号)、施設の利用時間を共有する場合がございますことにご同意ください。