

(様式 1)

国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局

令和 5 年度就労移行支援事業見学説明会申込書

1. 基本事項

法人名及び事業所名	
窓口担当者氏名	
窓口担当者連絡先 (電話及びメール)	

2. 参加希望者 (希望日に「○」を付けてください ※宿泊棟見学希望含む)

氏名	役職・職種など	希望日	
		10/25	11/29
		10/25	11/29
★希望確認 利用者宿舎棟 (施設入所支援) 見学		あり	なし

【注意事項】

- ◆ 出席可能な日に「○」をご記入ください。可能な限り、対象地域の日程の方にご参加いただけると幸いです。ご都合がつかない場合は、この限りではありません。
- ◆ **原則 1 事業所 1 名様**までのご参加とさせていただきます。なお、ご希望に応じて 2 名でも受付をいたしますが、応募者多数の場合は上記原則のとおり、1 名とさせていただきます場合がございます。
- ◆ 見学説明会中は、マスク着用をご協力ください。風邪症状など、体調不良がございましたら、ご参加を見合わせてください。

令和 5 年 10 月 20 日 (金) 必着

【宛 先】

F A X 番 号 : 04-2992-4525 (総合相談課直通)

メールアドレス : rehab-soudan@mh|w. go. jp