特定技能指導員講習

令和６年度　視覚障害・就労支援者講習会受講申込書

**申込書をご記入いただきFAX又はEメールでお申込ください。**

**申込フォームからもお申し込みができます。右のQRコードからアクセス可能です**

**URL：https://www.jvdcb.jp/seminar/supporter/supporter\_seminar2024/apply/**

希望日に○印をして下さい

|  |
| --- |
| 参加日程 |
|  | 第１回 東京開催 令和６年　6月2０日(木)・ 6月2１日(金) |
|  | 第２回 北海道開催 令和６年1０月２４日(木)・1０月２５日(金) |
|  | 第３回 大阪開催 令和７年　2月20日(木)・ 2月21日(金) |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 所属名称 |  |
| 職種 |  |
| 視覚障害者との関係 |  |
| 日中連絡がつく連絡先 | 電話E-mail |
| 受講決定通知の送付先 | （　自宅　・　勤務先　）←いずれかに○をつけてください。〒　　　　　　住所 |
| 参加の種別 | 直接参加　・　WEB参加（ZOOM）←いずれかに○をつけてください。※WEB参加（ZOOM）の場合メールアドレスを必ずご記入ください。 |
| 障害のある場合障害等級 |  |
| 備考 |  |

**■申込み先 社会福祉法人日本視覚障害者職能開発センター**

**TEL：03-3341-0900　　FAX：03-3341-0967**

**E-mail：shokunou@jvdcb.jp**