「出張パソコン講習会」申込書

令和 年 月 日

福井県障害者社会参加推進センター長 様

下記のとおり「パソコン講習会」を申込みます。

団体名(施設名)	
住 所	〒
電話番号	()
FAX 番号	()
メールアドレス	
部署名(役職名)	
担当者名	
実 施 場 所	□貴施設内
実施希望日時	
参加者人数	□大人(名程度) ・ □こども(名程度)
参加者の障害種別	肢体 (上肢・下肢・内部)・視覚 ・ 聴覚 ・ 知的 ・ 精神 ・ 発達
希望内容	□オリジナルグッズ作り (エコバック ・ 巾着・カレンダー) □パソコンのお仕事体験 □その他 ()
助成対象外確認	□助成金対象事業外として開催を希望します
通信欄	
>√並仕並.□	W hn T田 相目 いいまもお
※受付番号	※処理欄 ※連絡