

みなわ研修依頼書

申し込み日時 年 月 日

団体名		団体代表者名	
担当者名		担当者の連絡先 電話番号	
依頼日時	年 月 日 : ~ :		

※事前に、みなわに依頼日時の日程が空いているかの確認をお願いします。

研修名称	
------	--

※研修名称が決まっている場合はお書きください。

研修会場名	
研修会場所在地	
研修受講予定人数	名

★研修内容について、どのような内容を求めていますか？

例)発達障がい児(者)の特性の理解と支援のあり方

★準備物について

以下の品物について、自前で準備が可能なものについて教えてください。

<input type="checkbox"/> プロジェクター
<input type="checkbox"/> パワーポイントがインストールされているノートPC
<input type="checkbox"/> スクリーン
<input type="checkbox"/> レーザーポインター

熊本市発達障がい者支援センターみなわ

〒862-0971 熊本市大江5-1-1ウエルパルクまもと2F

電話 096-366-1919 FAX 096-366-1900