

# 事業所見学・研修申し込み書

申込日：(西暦) 年 月 日

次のとおり、見学(研修)を申し込みます。見学(研修)にあたっては、事業所職員の指示に従い、知り得たあらゆる個人情報等を他に漏らさないことを約束します。

申し込み者氏名 (団体の場合は団体名と代表者名)	(団体名) (氏名)
参加者 (見学・研修者の代表及び参加者)	(代表者氏名) (参加者概要) <input type="checkbox"/> 職員等 名 <input type="checkbox"/> 障害当事者 名 <input type="checkbox"/> 家族等 名 <input type="checkbox"/> 学生・生徒 名 <input type="checkbox"/> その他 名  代表者を含む参加者合計 名
住所・連絡先 (団体の場合は団体住所と連絡先)	〒 電話： (緊急連絡先： ) FAX： 電子メール：
見学・研修希望日時	第1希望(西暦) 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分 第2希望(西暦) 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分 第3希望(西暦) 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分  ※標準的な見学時間は1事業所につき1時間程度です。 ※事前にお電話等で希望日時の調整が済んでいる場合は、第1希望の欄のみ記入して下さい。
見学・研修先 (□に✓)	<input type="checkbox"/> 修光学園 <input type="checkbox"/> 飛鳥井ワークセンター <input type="checkbox"/> ワークセンターHalle! <input type="checkbox"/> 光の家アクティブセンター <input type="checkbox"/> 修光学園テイクコアセンター <input type="checkbox"/> 修光学園グループホーム  (目的・趣旨を具体的に)
目的・趣旨	
備考	

※記入いただいた情報は、本法人事業報告書の見学・研修者一覧に掲載されます。ただし、住所・連絡先、個人の氏名等は掲載しません。

## お申し込み先

- ・ファックス：075-702-2700 ・電子メール：info@shuko-gakuen.or.jp
- ・郵送：〒606-8033 京都府京都市左京区修学院山添町8-2

※原則として希望日の1ヶ月前までにお申し込み下さい。お申込みの後、追って担当者よりご連絡いたします。