

申し込み日：令和 年 月 日

※講師派遣をご希望の方は、まずは申込書をご記入の上、郵送、FAXまたはメールにてご提出ください。（開催希望日の3カ月前までご提出ください。）

詳細は、新潟市発達障がい支援センター「JOIN（ジョイン）」講師派遣についてをご覧ください。

1. 申し込み者

申請団体等の名称		
団体等代表者氏名		
連絡担当者	氏名	
	住所	
	連絡先	電話番号： FAX 番号： E-mail アドレス：

2. 研修等の内容

研修等の目的		
研修等の名称	※研修等の名称が決まっている場合はご記入ください。	
開催方法	※ご希望の開催方法に☑してください。 <input type="checkbox"/> 会場に全員集まる（集合型） <input type="checkbox"/> オンライン+会場で視聴（ハイブリッド型） <input type="checkbox"/> オンラインのみ	
希望日時	※原則 月曜日～土曜日の午前 10 時～午後 4 時の間（応相談）	
	○第1希望：令和 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分	
	○第2希望：令和 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分	
	○第3希望：令和 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分	
会場	会場名・使用室名	※原則、新潟市内の会場を確保してください。
	所在地	
受講者	参加予定人数	（ ）名
	対象者	
希望する内容	※できるだけ具体的にご記入ください。	

※JOIN 受付欄（記入しないでください）

受付年月日：令和 年 月 日
担当者（ ）

（申し込み・問い合わせ先）

新潟市発達障がい支援センター「JOIN（ジョイン）」
〒951-8121 新潟市中央区水道町 1 丁目 5932-621
TEL：025-234-5340 FAX：025-234-5344
E-mail：join@major.ocn.ne.jp