　新潟市発達障がい支援センター「JOIN（ジョイン）」　講師派遣申込書

　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。**  □会場に全員集まる（集合型）　　□オンライン＋会場で視聴（ハイブリッド型）  □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）** | |
| 〇第１希望：令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　　時　　分 | |
| 〇第２希望：令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　　時　　分 | |
| 〇第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