

平成29年度 第3回大阪府障がい者ITサポーター養成研修会

平成 年 月 日

参加申込書

第3回大阪府障がい者ITサポーター養成研修会に申し込みます。

(ふりがな) 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
住 所	
電話番号 (携帯可)	
ファックス	
メールアドレス (正確に)	
(※大阪府外在住者) 勤務先・通学先	
パソコン操作	インターネット、メール、オフィス系アプリ等 パソコン操作は理解されていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
保持する資格等 パソコン関係や福祉関係	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
この研修会を何でお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> ちらし (場所:) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知り合いから紹介されて <input type="checkbox"/> その他 ()

※本申込書に記載されている内容については研修についてのみ使用するものでそれ以外には使用することはありません。