知的障がいのある方対象 事務系職業訓練 ビジネスパートナー科体験会のご案内

知的障がいのある方を対象とした事務系の職業訓練「ビジネスパートナー科」の体験会を行います。

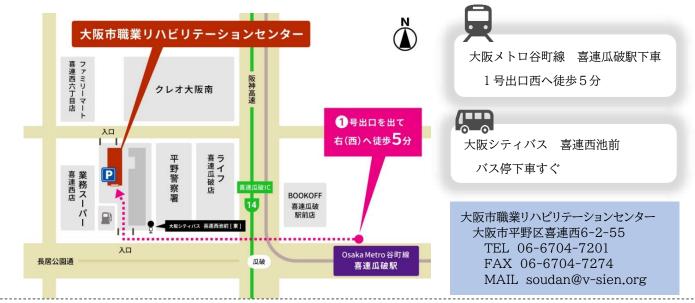
訓練体験ができますので、入校を考えている方、「職業訓練ってどんなことするのか知りたい」という方は、ぜひご参加下さい。



場所	大阪市職業リハビリテーションセンター 大阪市平野区喜連西6-2-55(裏面地図参照)			
開催日	①2023年10月18日(水) ②2023年10月19日(木)			
時間	9:30~16:00 までの間の <u>指定時間</u> (1 グループ 60 分程度)			
内容	職業訓練の説明、訓練体験(パソコン利用)			
対象	知的障がいのある方			
定員	40名 *申込多数の際は、お断りする場合がございます。			
お申し込み方法等	①個人、支援機関、学校からでも申し込みが可能です。裏面申込書にご記入の上、FAX またはメールにてお申し込みください。(支援機関・学校からの申込の場合はとりまとめてお申し込みください) 中込締切日 2023年9月29日(金) ②申込締切後、体験会のスケジュールを個人、学校または支援機関宛にご案内致します。			

お問い合わせ先・申込先 大阪市職業リハビリテーションセンター 相談室 TEL (職リハ代表)06-6704-7201 (相談室直通)06-6769-7740 FAX 06-6704-7274 MAIL soudan@v-sien.org





ビジネスパートナー科体験会(知的障がいのある方)参加申込書

申込先 FAX:06-6704-7274

MAIL:soudan@v-sien.org

ご希望の参加日に〇印をご記入いただき、申込締切日までに FAX をお願いいたします。

①10月18日	1(水)	②10月19日(木)		①②どちら	5でもよい	
支援機関名 (学校名)				※支援機関	<u>からの申込</u> の方は	
(ふりがな) 担当者名				左の太枠内にもご記入ください。 (<u>個人申込の場合は記入不要</u>)		
連絡先	TEL: Fax:					
		体 験 会 参	加希:	望 者 ***********************************	学中の方のみ学年をご記入ください	
(ふりがな) 氏 名)				年生	
(ふりがな 氏 名)				年生	
(ふりがな 氏 名)				年生	
(ふりがな 氏 名)				年生	
(ふりがな) 氏 名)				年生	
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・						

・メールでお申し込みの場合、件名は「「ビジネスパートナー科体験会」とし、本文に①支援機関名および担当者名(個人申込の場合は記入不要)、②連絡先(電話番号・MAIL)、③参加者名(ふりがな)、④学年(学生の方のみ)、⑤配慮事項等をご記入下さい。 *申込書に記入された個人情報は、体験会以外の目的には使用しません。

申し込み締め切り 2023年9月29日(金)