**平成28年度　障害児者施設対象・課題別研修**

**障害児者支援施設における職員のストレスマネジメント研修会**

　参加申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成２８年　　 月　　 日（　　　）

施設･団体名

TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　参加費振込日（予定）：　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 役職 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |
| 参加費用合計　　　　　　　　　　名×３，０００円＝　　　　　　　　円 | | |

**《申込期限：平成28年7月29日（金）》 ※期限厳守でお願いいたします。**

※定員になり次第締め切ります。

**【参加申込先】**沖縄県社会福祉協議会・施設団体福祉部（担当：上江洲・高橋）

〒903-8603　沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1

電話：098-887-2000　　Fax：098-887-2024