令和６年度　障害児通所支援事業所合同一斉研修

　参　加　確　認　票

注１　**会場参加の方のみ提出が必要です。**

本紙の提出により、出席の確認をさせていただきますので、必ず記入の上、

会場でご提出ください。

注２　研修で使用する資料は、「神戸市ホームページ」内の次のページにも掲載しています。

各自で印刷する等、研修当日までに必ずご準備ください。

「神戸市ホームページ」⇒「健康・医療・福祉」⇒「障害者福祉」⇒「事業者向け情報（障害者福祉）」⇒「説明会・研修会」⇒「障害児通所支援事業所の合同一斉研修」

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | 2 | 8 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 法人名 | 　 |
| 事業所名 | 　 |
| 出席者 | 役職 | 　 |
| 氏名 | 　 |

**【グループワーク】　あなたのグループは　（　　　　　　　　　　　　）です。**

**グループ名のところにお座りください。**

**※この「参加確認票」は回収します。**

**研修修了後、確認票を机の上に置いてご退室ください。**