

パソコンLESS参加申込書

申し込み日 年 月 日

ご参加者氏名	(男 ・ 女)
ご年齢	歳
ご住所	
電話番号	
緊急連絡先	
支援機関の利用の有無	・無 ・有 (支援センター名をご記入ください) ()
障害手帳の種類	
診断名	
備考 ※ご参加にあたってご心配 事等ございましたらご記入 ください	

【お申込み・お問合せ先】

チャレジョブセンター熊谷

FAX 048-578-8402