

東京都障害者 I T 地域支援センター あて

F A X : 0 3 - 6 6 8 6 - 1 2 7 7

平成 2 9 年度障害者の I T 支援者養成研修受講申込書

受講希望日

(希望日欄に○をつけて下さい。1 コースから受講可能、2 コース以上も可)

研修コース	テーマ	研修日程	希望日
コース 1	コミュニケーションを支える (7月7日と7月14日は同内容)	平成29年7月7日 (金)	
		7月14日 (金)	
コース 2	意思伝達を支える (7月21日と7月28日は同内容)	7月21日 (金)	
		7月28日 (金)	
コース 3	操作困難を支える (8月4日と8月25日は同内容)	8月4日 (金)	
		8月25日 (金)	
コース 4	見えない、見えづらいを支える (9月1日と9月8日は同内容)	9月1日 (金)	
		9月8日 (金)	
コース 5	理解、認知、記憶を支える (9月15日と9月22日は同内容)	9月15日 (金)	
		9月22日 (金)	

受講希望者

【区市町村名】

【事業所・部署】

【氏 名】

【電 話】

【メールアドレス】