参加申し込み書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | | | 年齢 | | 生年月日 |
| 名前 | | | | 歳 | | 年　　　月　　　日 |
| 住所　〒 | | | | | | |
| 電話番号（　　　） | | | | | メールアドレス | |
| 障害名 | | | | | 補装具 | |
| 介助者  の有無 | 有　・　無 | | 有りの場合  自分で連れてくる　・　こちらに依頼したい | | | |
| 所属 | 個人　・　団体（団体名　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | |
| 以前ピア・カウンセリングを受講されたことがありますか？ | | | | | | はい　・　いいえ |
| 「はい」の方のみ | | どこで受けましたか？　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| その他、配慮してほしいことがあればお書きください。 | | | | | | |
|  | | | | | | |

**送り先（E-mail）：cilvision2021@gmail.com**

**参加申し込み締め切り：2024年10月28日（月）**

宿泊は各自で手配願います。難しい方はご相談ください。

応募者多数の場合こちらで選考させていただきます。

受講決定については、2024年10月29日までにご連絡します。

＊記入いただいた個人情報は、ピア・カウンセリング集中講座のみに使用します。