令和２年度チャレンジ･アグリ認証－出前講座－

申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | |  | |
| 事業所名 | |  | |
| 連  絡  先 | 住所 |  | |
| 電話番号 |  | |
| ＦＡＸ |  | |
| 担当者名 |  | |
| 栽 培 希 望 品 目 | |  | |
| 実 施 希 望 内 容 | | （講義・実習で解説を希望する作業をご記入ください。例:間引き、収穫） | |
| 実 施 希 望 日 数 | | 日間（１日～６日の中で記載してください） | |
| 実 施 希 望 日 時 | |  | |
| 受講予定者 | |  | 利用者・支援員の別 |
|  | 利用者 ・ 支援員 |
|  | 利用者 ・ 支援員 |
|  | 利用者 ・ 支援員 |
|  | 利用者 ・ 支援員 |
|  | 利用者 ・ 支援員 |
|  | 利用者 ・ 支援員 |
|  | 利用者 ・ 支援員 |
|  | 利用者 ・ 支援員 |
|  | 利用者 ・ 支援員 |
|  | 利用者 ・ 支援員 |
| 講 義 実 施 場 所 | |  | |
| 実 習 実 施 場 所  （農 地 所 在 地） | |  | |
| 備　　　 　　　考 | |  | |

※この申込書を開講希望日の２か月前までに、「誓約書」とともに以下「お問い合わせ先」までメール又はＦＡＸにてご提出ください。

※栽培品目や実施日時については、申込後にきょうと農福連携センター事務局との調整の上最終決定します。ご希望に添えない場合もありますので、あらかじめご了承願います。

|  |
| --- |
| お問い合わせ先  きょうと農福連携センター（京都府健康福祉部障害者支援課内）  住　所：京都市上京区下立売通新町西入薮ノ内町  ＴＥＬ：０７５－４１４－４６００（又は４５９６）  ＦＡＸ：０７５－４１４－４５９７  E-mail：noufuku@pref.kyoto.lg.jp |