**令和５年度チャレンジ・アグリ認証－地域連携課程－**

**受講申込書**

きょうと農福連携センター　宛

Ｅメール：noufuku@pref.kyoto.lg.jp

**申込〆切：令和５年４月２１日（金）**

**●受講希望者情報（必須）**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 | 〒 |
| 支援員名（担当者名）・連絡先 | 　　　　　　　　　 　　　TEL: ( ) |
| メールアドレス |  |
|  | 年齢（申込時点） | いずれかに◯をしてください |
| １ |  |  | 支援員・利用者・その他（　　　　　　　　　　） |
| ２ |  |  | 支援員・利用者・その他（　　　　　　　　　　） |
| ３ |  |  | 支援員・利用者・その他（　　　　　　　　　　） |
| ４ |  |  | 支援員・利用者・その他（　　　　　　　　　　） |
| ５ |  |  | 支援員・利用者・その他（　　　　　　　　　　） |

**●希望苗本数（必須）**

お持ち帰りいただき自事業所で栽培される苗の本数を記入してください。

　※自事業所で手配・購入される場合や今年度は栽培されない場合は記入不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 栽培する苗の希望本数 | 　　　　本 |

**●配慮事項等（任意）**

|  |
| --- |
|  |

※メール又はＦＡＸでお申し込みください。

※受講申込書ご記入いただきました情報は厳重に管理し、本講座の運営以外の目的で使用しません。

**●お問い合わせ先（応募先）**

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）

担当：

ＴＥＬ：075-414-4600　ＦＡＸ：075-414-4597　Ｅ-mail：noufuku@pref.kyoto.lg.jp