

令和 年度 地域訓練会 団体名等確認票

「障害者福祉の手引き（資料編）」記載内容確認 令和 年 月 日現在

団 体 名	
会長名 (代表者名)	
連絡先	
活動内容	
訓 練 日 ・ 訓練場所	
※ 次のいずれかの番号を○で囲んでください 1. 内容に間違いはありません 2. 訂正します ⇒訂正箇所が分かるように赤で訂正してください。 ※地域訓練会の連絡先についてこちらの資料をもとに、「障害者福祉の手引き（資料）」に記載しますので、上記の内容に間違いがないか、ご確認願います。	

会 員 数	市内在住の訓練参加障害者会員数 名 その他の会員数 名
新規会員の募集	☐ 募集している ☐ 募集していない ☐ 新規会員の年齢制限なし ☐ 年齢制限あり 歳～ 歳まで ☐ その他()
	障害者会員の障害種別 ☐ を付けてください→ 身体・知的・精神・難病・その他()
会 長 名 (代表者名)	
会長（代表者） 住 所	〒
T E L	(携帯) (自宅)
F A X	
メールアドレス	
補助金事務 担当者名	☐ 会長(代表者)と同じ (上記と同様の場合は省略可) ☐ 事務担当者役職名 氏名
補助金事務担当者 住 所	〒
T E L	(携帯) (自宅)
F A X	
メールアドレス	

※訓練会補助金に関する問い合わせや福祉行政に関するご連絡にのみ、利用いたします。
 ※メールアドレスは、案内通知等をメールにてお送りする場合がありますので、必ずご記入くださるようお願いいたします。また、メールアドレスをお持ちでない団体は、担当へご相談ください。