

神戸スイーツ・コンソーシアム(KSC)
「チャレンジド・プログラム Vol. 7」 in KOBE・TOKYO
神戸会場 参加申込書

平成 26 年 月 日

社会福祉法人プロップ・ステーション
 理事長 竹中 ナミ 宛

代表申込者 郵便番号 〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____ (フリガナ _____)

所 属 _____ (フリガナ _____)

TEL _____ FAX _____

神戸スイーツ・コンソーシアム (KSC) 「チャレンジド・プログラム Vol. 7」神戸会場の参加を、
 下記のとおり申込みます。なお申込みにあたり募集要項に定められた事項に同意します。

参加チャレンジド (1施設・作業所につき2名までのお申し込みが可能です)				
氏名 (1)		フリガナ		年 月 日 生 歳
障害種別	知的・精神 (○を記入)	配慮が必要な事項		
これまでの お菓子作り の経験など	(経験年数 年)			
氏名 (2)		フリガナ		年 月 日 生 歳
障害種別	知的・精神 (○を記入)	配慮が必要な事項		
これまでの お菓子作り の経験など	(経験年数 年)			
サポーター (1名のみお申込みいただけます)				
氏名		フリガナ		年 月 日 生 歳
参加者との関係 (所属・肩書など)				
これまでの お菓子作り の経験など	(経験年数 年)			
連絡先	住所	TEL	携帯	

- ① 申し込み多数の場合は KSC において書類選考で受講者を決定します。
- ② この申し込みの個人情報は本プログラム以外には一切使用しません。

(事務局連絡欄)

こうしゅう べんきょう しごと ぶんしやう え
この講習で勉強して、これからなりたいことや、したい仕事を文章や絵でかいてください。
(チャレンジどご本人が記入してください)

なまえ
名前

ふりがな

(さい
歳)

しごと
なりたいこと。したい仕事。

推薦者のことば 氏名 (ご関係)

※参加チャレンジドがこれまで関わってきたお菓子作りの実績などもできるだけ詳しくご記入ください。