

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. 10」  
福岡会場 参加申込書

平成 29 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.10」福岡会場の参加を、  
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 1～2 名のお申し込みが可能です)				
氏名		フリガナ		年 月 日 生 歳
障がい種別	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		フリガナ		年 月 日 生 歳
障がい種別	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)			
参加サポーター (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とは本プログラム以外には一切使用しません。