

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. 12」
神戸会場 参加申込書

2019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 _____)

所属施設 _____ (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.12」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本プログラム以外には一切使用しません。