

平成29年度障害者のIT支援者養成研修(出張型)受講申込書

区市町村名

担当者 氏名:

電話番号

FAX番号

E-mail

受講希望日

指定会場

(住所)

受講希望コース

受講予定者名簿

氏名	所属

【特記事項】

--