


知的障がいのある方対象 事務系職業訓練 ビジネスパートナー科体験会のご案内

知的障がいのある方を対象とした事務系の職業訓練「ビジネスパートナー科」の体験会を行います。

訓練体験ができますので、入校を考えている方、「職業訓練ってどんなことするのか知りたい」という方は、ぜひご参加下さい。



場 所	大阪市職業リハビリテーションセンター 大阪市平野区喜連西6-2-55(裏面地図参照)
開 催 日	①2024年10月16日(水) ②2024年10月17日(木)
時 間	9:30~16:00 の間の <u>指定時間</u> (60分程度)
内 容	職業訓練の説明、訓練体験(パソコン利用)
対 象	知的障がいのある方
定 員	40名 *申込多数の際は、お断りする場合がございます。
お申し込み方法等	①個人からでも支援機関等からでも申し込みが可能です。 QRコードよりお申込みいただくか、裏面申込書に必要事項を記入しFAXでお申込みください。 申込締切日 2024年9月27日(金) ②申込締切後、体験会のスケジュールをFAX またはメールにてご連絡いたします。 

お問い合わせ先・申込先 大阪市職業リハビリテーションセンター 相談室
TEL (職リハ代表)06-6704-7201 (相談室直通)06-6769-7740
FAX 06-6704-7274 MAIL soudan@v-sien.org





大阪Metro谷町線 喜連瓜破駅下車
1号出口西へ徒歩5分



大阪シティバス 喜連西池前
バス停下車すぐ

大阪市職業リハビリテーションセンター
大阪市平野区喜連西6-2-55
TEL 06-6704-7201
FAX 06-6704-7274
MAIL soudan@v-sien.org

ビジネスパートナー科体験会(知的障がいのある方) 参加申込書【FAX 用】

申込先 FAX:06-6704-7274

ご希望の参加日に○印をご記入いただき、申込締切日までに FAX をお願いいたします。

①10月16日(水)		②10月17日(木)		①②どちらでもよい	
------------	--	------------	--	-----------	--

支援機関名 (学校名)			※支援機関からの申込の方は 左の太枠内にもご記入ください。 (個人申込の場合は記入不要)
(ふりがな) 担当者名			
連絡先	TEL:	Fax:	
体験会参加希望者 <small>*在学中の方のみ学年をご記入ください</small>			
(ふりがな) 氏名			年生
(ふりがな) 氏名			年生
(ふりがな) 氏名			年生
(ふりがな) 氏名			年生
(ふりがな) 氏名			年生
備考	*配慮事項(使用装具等)がある方については、記入していただくか、お電話をお願いいたします。		

申し込み締め切り 2024年9月27日(金)

*申込書に記入された個人情報は、体験会以外の目的には使用しません。