

知的障がいのある方対象 ビジネスパートナー科・ワーキングスキル科 職業訓練説明会

知的障がいのある方を対象とした職業訓練の説明会を行います。

「ビジネスパートナー科」(事務系)と「ワーキングスキル科」(作業系)の説明や、
会社で働いている修了生の体験発表も予定しています。

職業訓練にご興味のある方は、お気軽にご参加ください。

開催日時

2024年8月23日(金)
14:00~15:30

場所

大阪市職業リハビリテーションセンター(裏面参照)

対象

知的障がいのある方

定員

30名(※先着順)



当日のスケジュール及び内容

時間	内容
13:30 ~ 14:00	受付
14:00 ~ 14:10	開会挨拶 職業リハビリテーションセンター概要説明
14:10 ~ 14:30	ビジネスパートナー科訓練説明
14:30 ~ 14:50	ワーキングスキル科訓練説明
14:50 ~ 15:20	会社で働く修了生の体験発表
15:20 ~ 15:30	質疑応答など
15:30	終了

お申し込み方法等

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コードよりお申し込みいただくか、裏面申込書に必要事項を記入しFAXでお申し込みください。

申込締切日: 2024年8月15日(木)

*申込受付後、当センターより受付確認のFAXまたはメールを送信します。

*定員に達し次第、受付を終了します。



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





大阪メトロ谷町線 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・ワーキングスキル科職業訓練説明会(知的障がいのある方)
参加申込書【FAX 用】

申込先 FAX:06-6704-7274

支援機関名 (学校名)				※支援機関等からの申込の方は 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				
連絡先	TEL		MAIL	
	FAX			

参加 希望者	(ふりがな) 氏 名	学年 (在学中の方)	同伴者の氏名 (参加者1名につきお1人まで)
			○をつけてください
			支援者・教員・家族・その他()
			支援者・教員・家族・その他()
			支援者・教員・家族・その他()

備考	体調や障がいの状況など、説明会中に留意しておくべき事がある方については、記入していただくか、お電話をお願いします。
----	---

申込締切日:2024年8月15日(木)

*申込書に記入された個人情報は、説明会以外の目的には使用しません。