

就労支援プログラム 参加申込書

参加をご希望の方は、参加申し込み書に必要事項をご記入の上、
3F デイケア室まで直接お持ち頂くか、F A Xでお送り下さい。

FAX : 046-823-3081

氏 名 :

連絡先 :

(日中連絡の取れる電話番号をお書きください)

参加希望理由 :

- * プログラムへの参加には主治医の許可が必要です。
- * お申し込みいただいた方には担当者からご連絡します。
- * 定員**5名** : 申し込みが定員を超えた場合、**参加までしばらくお待ち頂くことがあります。**
新型コロナウイルス感染予防・拡散防止のため、ご理解ほどよろしくお願い致します。
- * 体調不良等により欠席が続く場合、ご参加についてご相談させて頂く場合があります。

就労支援プログラムでは、ご自身の病状理解や体調管理など、
働くために必要な力を身につけていただきながら、
仕事探しから職場定着まで、継続したフォローを行っています。

⇒ T E L : 046-823-3045

担当 : 吉家 ・ 有川