

# 令和8年度福岡県障がい者ITサポート養成講習会申込書

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名		性別	男性 ・ 女性
住所	〒		
電話番号 (携帯電話)		FAX	
職業			
ボランティアの経験等			

<申込み・問合せ先>

〒816-0804

福岡県春日市原町3-1-7

福岡県総合福祉センター クローバープラザ内

公益財団法人福岡県身体障害者福祉協会

担当:小川

TEL:092-584-6067 FAX:092-584-6070

※「申込書」に記載された個人情報は、講習会の運営管理目的のみ利用させていただきます。