

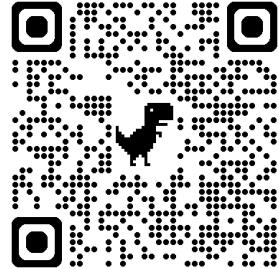
## 申し込み方法

下記の必要事項①～⑤を記入の上、メールまたはQRコードにてお申し込みください。

### 必要事項

※件名に「地域の支援者向け研修申し込み」と表記をお願いします。

- ① 参加者氏名
- ② 所 属 先
- ③ 職 名
- ④ 連絡先メールアドレス
- ⑤ 連絡先電話番号



※QRコードからお申込みの際は  
お一人ずつお申込みください。

E-MAIL [koujinou-shien-reha@irc.or.jp](mailto:koujinou-shien-reha@irc.or.jp)

受付：高次脳機能障害担当宛に**令和8年2月6日**までにお申込みください。

3日以内(土日祝祭日除く)に受付メールをお送り致します。