申込み先：神奈川県福祉子どもみらい局共生推進本部室（[**tomoiki.info.28gj@pref.kanagawa.lg.jp**](mailto:tomoiki.info.28gj@pref.kanagawa.lg.jp)）

締切　令和６年７月31日（水）

**令和６年度ともいきメタバース講習会（出張型）実施希望票**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | （運営法人・会社名：　　　　　　　　　） |
| 施設種別 |  |
| 主な障害種別 |  |
| 担当者名・役職 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 連絡先 | メールアドレス：  電話番号： |
| 事業所の主な活動  （100～200字程度）  IT・メタバースなどに限らず、お書きください。 |  |
| 今回の応募理由・期待すること  （100～200字程度） |  |
| 実施プログラムについて  （□をチェックしてください） | □　単発実施（2時間×１日のみ）　　□　継続実施（２時間×３日） |
| 参加予定人数  ※予定で可 | 参加者数　　　　　　　　　人  （利用者の方の人数を５～８名の範囲でご記入ください） |
| 参加予定の方について  （年代・障がい種別など）  ※予定で可。 | (1名ずつの記入は不要です。記載例：20～30代、発達障がい・精神障がいの方が中心) |
| 実施希望時期・曜日  ・時間帯※予定で可 | （記載例：９月～10月の水曜日の午後希望） |
| 開催場所について  （□をチェックしてください） | □　上記の事業所所在地での実施を希望  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 講習会時のインターネットについて  （□をチェックしてください） | □　事業所内の無線Wifiを使用可　　□講習会運営側でポケットWifiの用意を希望  □　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| その他 |  |