

2020년 군산장애인종합복지관 장애인식개선교육 · 장애체험교육 신청서

단 체 명		연락처	
		팩 스	
담 당 자		휴대전화	
		이메일(필수)	
주 소			
교육장소		교육인원	명
교육대상	(어린이집·유치원생 / 초등학생 / 중학생 / 고등학생 / 학부모 / 교사 / 관공서 / 민간기업 / 시민사회단체 / 기타 _____)		
교육장소 현황	<input type="checkbox"/> 컴퓨터 <input type="checkbox"/> 인터넷유무 <input type="checkbox"/> 스크린 <input type="checkbox"/> 텔레비전 <input type="checkbox"/> 빔프로젝터		
편의시설 설치 여부	※휠체어를 사용하시는 장애인 강사님께서 교육장소(교실,강당)까지 이동할 수 있나요? <input type="checkbox"/> 예, 경사로나 엘리베이터가 있습니다. <input type="checkbox"/> 아니요. 없습니다.		
교육 시간표			
기타 요청사항 (추가교육내용 / 장애체험교육 외)			
<div style="text-align: center;">2020년 월 일</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 신청인(신청기관) (인) </div>			

팩스(063-466-7983) 또는 이메일(krc7982@daum.net) 발송 후 접수 여부 확인 부탁드립니다. 문의 : 군산장애인종합복지관 안준근 사회복지사(대표전화 063-466-7981 / 직통전화 070-8897-2976)	기 관 작 성 란	관 장		지 시	
		접수일자		사무국장	
		번 호		운영지원팀장	
		담 당			