平成29年度　愛媛県障がい者相談支援従事者初任者研修（5日過程）

事前課題表紙

**※必ずこの表紙を事前課題の巻頭につけて提出してください。**

受講番号

氏名

|  |
| --- |
| ・この方を事前課題に選定した理由等 |