



受講申込書 コース名 行動援護従業者養成研修

かがやきヘルパースクール伊丹校 行

私は行動援護従業者養成研修の受講したいので申込みいたします。

_____ 月 _____ 日 提出

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名	(_____ 歳)	生年月日 (西暦 _____ 年)	
		S ・ H _____ 年 _____ 月 _____ 日	
フリガナ			
住所	〒 _____		
連絡先	TEL (_____) / 携帯 (_____)		
メールアドレス			
※本人確認のできる証明書（免許証など）のコピーを持参の上、ご提示ください。			
勤務先	勤務先名		
	勤務先住所 〒 _____		
	勤務先 TEL / FAX TEL (_____) / FAX (_____)		
● 受講料納入 予定日	_____ 月 _____ 日	※ご利用明細書のコピー持参の上、ご提示ください。	

※当法人で開催する行動援護従業者養成研修に際して提出頂いた個人情報は厳正に管理し、本研修以外には使用しません。

●受講申込方法

- 1、受講申込書に必要事項を記入し郵送もしくはFAXまでお願いいたします。
- 2、申込み受理後、ご案内資料および時間割等の書類を郵送いたしますので、ご確認ください。

事務局使用欄

受付No.	受付日	受付者	本人確認	振込確認	備考
			<input type="checkbox"/> チェック	<input type="checkbox"/> チェック	