



FAX

072-770-5512

## 受講申込書 コース名 同行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

私は同行援護従業者養成研修の受講をしたいので申込みいたします。

年 月 日 提出

フリガナ				性別	男 · 女
氏名				生年月日	(西暦 年)
				( 歳)	S · H 年 月 日
フリガナ					
住所	〒 一				
連絡先	TEL	( )	/	携帯	( )
メールアドレス					
<b>※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、通学時に、ご提示ください。</b>					
勤務先	勤務先名				
	勤務先住所				
	〒 一				
勤務先 TEL / FAX					
TEL	( )	/	FAX	( )	
● 受講料納入 予定日	月 日				

※当法人で開催する介護職員初任者研修(通信)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。

**※受講希望にチェック□の記入お願ひいたします。**

(視覚障がい者)同行援護従業者養成研修 通学	<input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修 (一般課程)
※応用課程は、一般課程修了者が受講できます。	<input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修 (応用課程)

●受講申込方法：受講申込書に必要事項を記入し郵送もしくわFAXまでお願いいたします。

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	