

(同行援護従業者養成研修)

# 受講申請書

記入日： 平成 年 月 日

フリガナ	
氏名	※修了証書に記載しますので、正確な字・楷書ではっきりお書きください。
生年月日	西暦 年 月 日
性別	男 ・ 女
年齢	歳
フリガナ	
申込者住所	〒
連絡先	TEL : FAX : 携帯 :
勤務先	事業所名 :  住所 : 〒  TEL : FAX :
受講コース	※希望箇所の口内にチェックを入れ、受講希望回をご記入ください。  <input type="checkbox"/> 一般課程 (第 回) <u>※身分証明書を同封してください。</u>  <input type="checkbox"/> 応用課程 (第 回) <u>※身分証明書と一般課程修了証書の写しを同封してください。</u>
テキスト	<input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修テキスト第3版を既にお持ちの方、ご自分で注文される方は口内にチェックを入れてください。

送付先： 〒080-0802 帯広市東2条南11丁目3 社会福祉法人ほくてん  
TEL 0155(23)5886 FAX 0155(24)6098 郵送、FAX いずれも可