

同行援護従業者養成研修

受講申込書					
	一般		応用		一般+応用

※ご希望の課程に○をして下さい。

私は下記のとおりで同行援護従業者養成研修の受講を申し込みます。

フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ()歳
氏名					
住所	〒				
電話番号	() -	携帯番号	() -		
職業	<input type="checkbox"/> 介護従事者 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他()				
【応用のみ受講の方】 ※資格所有の方は□に <input checked="" type="checkbox"/> チェックをしてください。	<input type="checkbox"/> 同行援護従事者(一般課程資格取得者) 資格取得日 昭和・平成 年 月 日修了又は修了予定日 ※同行援護(一般)修了者の方は、受講条件確認の為、 資格を証明する物のコピーを申込書と合わせて郵送又はFAXしてください。				
テキスト(第4版)の購入希望	有・無 (有の方は冊数の記入をお願いします。) 冊				

領収書宛名 ※いずれかに□ <input checked="" type="checkbox"/> チェックをしてください。	<input type="checkbox"/> 受講申込者ご本人 <input type="checkbox"/> 受講申込者ご本人以外 ※受講申込者以外へチェックされた方は、 下記へ宛名(事業所名等)をご記入ください。
	領収書宛名

※ご提供頂いた個人情報は、当該講座に関する通知等の送付及び連絡以外の用途には使用いたしません。

【お申込み・お問合せ先】

NPO法人 倉の里山 同行援護従業者養成研修事業部

TEL/FAX(084)939-9381 平日9時~16時まで

担当:ハットリ

※カリキュラムが改定されました。
テキスト新版の見本→

