

平成 29 年度 同行援護従業者養成研修一般課程（指定）受講申込書

申し込みをする講座に○をつけてください。

() 同行援護従業者養成研修一般課程全課程

() 4 時間の情報支援等追加課程

* 視覚障害者移動介護従業者養成研修課程の修了証の写しを添付

申込日：平成 年 月 日

フリガナ			性別	男・女
氏名	Ⓜ			
生年月日	昭和・平成	年	月	日 (歳)
現住所	〒 -			
電話番号	()	-		
※携帯番号	()	-		
所属している 居宅介護 事業所	事業所名			
	住所			
	連絡先			
応募理由				

(受講希望者の記入上の注意)

1. この申込書は、必ず本人が記入してください。
2. 記載事項の不備や提出された書類に不足等があった場合は受理できません。
3. 希望講座、申込み日付及び上記表の太枠の中の部分のみ記入してください。
4. 平成 30 年 2 月 7 日までに選考を行い可否の決定通知書を随時送付いたします。
5. ※緊急時の連絡先として、携帯番号は必須とさせていただきます。

〔静岡県視覚障害者協会 記入欄〕

申込書 受付日	資 格 確認者	受 講 決定日