

同行援護従業者養成研修一般課程受講申込書（ 宮崎会場 ）

特定非営利活動法人 さざなみの会行き

(F A X 0985-29-8346)

申込日：令和元年 月 日

(フリガナ)	()	生 年 月 日	年 齡
氏 名	男性・女性	S・H 年 月 日	歳
受 講 課 程	<input type="checkbox"/> 一般課程（全 20 時間） 受講料：31,320 円（消費税込）		
自 宅 住 所	〒 -		
本人への連絡先	TEL（携帯可）：	FAX：	
食べ物アレルギー 等について	*昼食を準備させていただきます関係上、食物アレルギーがある場合のみ ご記入ください。		
勤 務 先 名			
勤 務 先 住 所	〒 -		
勤務先電話番号	TEL：	FAX：	
同行援護（ガイドヘル パー従事年数）	*通算従事年数 年		
受講料入金予定日	令和元年 月 日		
受講料入金者名			

***事務局記入欄（記入の必要はありません）**

受付番号	関係書類送付	テキスト確認	備考欄
宮崎一	送付・保留	要・不要	

*不足の場合は、コピーしてご使用ください。