

## 同行援護従業者養成研修受講申込書（西都会場）

申込日：平成 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	<b>一般課程（全 20 時間）</b> 受講料：29,000 円（税別）		
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	平成 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
西都一	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。