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　齢
氏　　名	男性・女性	S・H　　年　　月　　日	歳
受　講　課　程	**一般課程（全 20 時間）　受講料：31,320 円（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	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―	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。