

同行援護従業者養成研修受講申込書（宮崎会場）

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	T E L（携帯可）：		F A X：
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	T E L：		F A X：
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
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。