

同行援護従業者養成研修受講申込書（西都会場）

特定非営利活動法人 さざなみの会行き
 (FAX 0985-75-2894)

申込日：平成 年 月 日

(フリガナ)	()	生 年 月 日	年 齢
氏 名		S・H 年 月 日	歳
受 講 課 程	*研修実施要項をご確認の上、下記をお選びください。 <input type="checkbox"/> 一般課程+応用課程（全 32 時間） 受講料：40,000 円 <input type="checkbox"/> 一般課程（全 20 時間） 受講料：25,000 円 <input type="checkbox"/> 応用課程（全 12 時間） 受講料：20,000 円 [但し、宮崎県知事が認めた研修課程を修了した者に限る。研修実施要項] [をご参照の元、修了証明書（携帯証明書可）の写しが必要となります。]		
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	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。