

同行援護従業者養成研修受講申込書（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：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 | 一般課程（全 20 時間） 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 | 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。