

平成30年度 同行援護従業者養成研修応用課程
受講申込書

【郵送先】NPO法人 ころ福祉会事務局(〒779-3126 徳島市国府町矢野27-1)
【FAX送信先】088-679-1774

※必ず修了研修の修了書を添付してください。

○ボールペンで必要事項をご記入ください。

申込日	平成 年 月 日		
修了研修	<input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修一般課程修了		
フリガナ			
氏名	※楷書ではっきりとご記入ください		
生年月日	昭和 平成	年	月 日 (歳)
現住所	〒 -		
連絡先 電話番号	自宅	()	
	携帯	()	
	緊急時の 連絡先	()	【続柄:]
職業	* 該当するものにチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 介護職員(正規雇用者) <input type="checkbox"/> 介護職員(非正規雇用者) <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他(正規雇用者) <input type="checkbox"/> その他(非正規雇用者) <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()		
受講動機	* 該当するものにチェックをお願いします。(複数可) <input type="checkbox"/> 現職でスキルアップしたい <input type="checkbox"/> 家族介護に役立てたい <input type="checkbox"/> その他()		

- 個人情報について、ご記入いただいた個人情報は当研修以外の目的には使用致しません。
- 開講日に本人確認を行いますので、本人と確認できるものをご用意ください。

※実施機関記入欄

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他()		
受付日	平成 年 月 日	受付者	