

同行援護従事者養成研修受講申込書

社会福祉法人巴会 ケアセンターこんぱす行き
(FAX番号 0985-83-3958)

申込日：平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	年齢
氏名		男・女 S・H	年 月 日 歳
受講課程	□ 一般課程（全２０時間） ◆受講料：２９，０００円（テキスト代２，５９２円込み） ※別途、演習時におけるバス等の移動費１，０００円程各自ご負担となります。 ◆振込み締切： <u>平成２９年９月２２日</u> 第１回実施日 １０月３１日（火）（学科６時間）、１１月７日（火）（学科６時間） １１月１４日（火）（演習８時間） ※今後の実施予定 第３回実施日：１１月２８日（火）、１２月５日（火）、１２月１２日（火） <u>*平成３０年１月～３月の間にも開講を予定しています</u>		
自宅住所	〒 —		
連絡先	自宅： 携帯：		
勤務先名		電話番号	
ガイドヘルパー経験年数	□ 経験あり（ 年 ヶ月） □ 経験なし		
受講料金入金予定日	平成 年 月 日 入金予定		

※不測の場合は、コピーしてご使用下さい。

※事務処理欄（記入する必要はありません）

受付番号	関係書類送付	備 考	備 考
29-			