

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	<input type="checkbox"/> 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：平成30年2月28日(水) 第6回実施日 3月 5日(月) (学科6時間)、3月 15日(木) (学科6時間) 3月 22日(木) (演習8時間)				
	※今後の実施予定 平成30年度第1回目は5月開講予定です。				
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	<input type="checkbox"/> 経験あり(年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 経験なし				
受講料入金予定日	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-			