

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：令和 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2,640円込み） ※別途、演習時におけるバス等の移動費500円程各自ご負担となります。 ◆振込み締切：令和3年11月26日（金） 第2回実施日 12月4日（土）（学科6時間）、12月11日（土）（学科6時間） 12月25日（土）（演習8時間） ※今後の実施予定 今後の実施についてはお問合せ下さい。				
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 一経験年数	<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	令和 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
令和3-			