

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	<div><input type="checkbox"/> 一 般 課 程 （全２０時間） ◆<u>受 講 料：２９，０００円（テキスト代２，６４０円込み）</u> ※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。 ◆<u>振込み締切：令和３年１１月２６日（金）</u> 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わせ下さい。</div>			
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	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ー			