

同行援護従事者養成研修受講申込書

社会福祉法人巴会 ケアセンターこんばす行き
(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4年8月15日 (月) 第1回実施日 8月20日 (土) (学科6時間)、8月27日 (土) (学科6時間) 9月 3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い合わせ下さい。				
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-			