

平成 29 年度同行援護従業者養成研修一般課程 受講申込書

平成 年 月 日

(ふりがな) 氏 名		生年月日 性 別	年 月 日 (歳) (男 ・ 女)
連絡先住所・ 電話番号	〒 — TEL — — ・ FAX — —		
法人の名称			
勤務先の名称			
勤務先住所・ 電話番号	〒 — TEL — — ・ FAX — —		
従事等 記載欄	勤務先名称	業務内容	勤務期間
	視覚障害者の移動支援を 直接処遇に従事した年数		年 月 (日)

- ※ 本書に記載いただいた個人情報、研修以外の目的には使用しません。
- ※ 申込後、通知文書をお出ししますので、氏名、住所、電話番号は必ずご記入ください。
(連絡先住所は事業所ではなくお住いの住所でお願いいたします)

上記の者を推薦いたします

(事業所住所)

(事業所名称及び代表者の氏名)

⑥

*****以下は記入しないでください*****

受付 月 日				受講 No. _____
-----------	--	--	--	--------------