

文京区知的障害者移動支援従事者研修 受講申込書

文京区移動支援従事者研修の受講を申し込みます。

社会福祉法人 文京槐の会 御中

平成 年 月 日

フリガナ				生 年 月 日		
氏 名	Ⓜ			昭和・平成 年 月 日		
住 所	〒 -			年 齡		
				才		
連 絡 先	TEL	- -		性 別		
	緊急	勤務先・実家・携帯 (- -)			男 ・ 女	
	FAX	- -				
	E-mail					
職 業	1. 会社員 2. 学生 3. 自営業 4. 主婦 5. パート・アルバイト 6. 介護従事者 7. 無職 8. その他()					
	社会人の方	業 種		職 種		
		会社名		部署名		
	学生の方	学校名		学 部		
		学 科		学 年		
保護者氏名	※18歳未満の方は必ず保護者の捺印をお願いします。 Ⓜ					
実習場所	1. は〜と・ピア 2. は〜と・ピア2			希望日 月 日		
共通科目 免除希望						

※施設記入欄

・ 受講生番号		
・ 受講料	円	・ 入金日

～ お申し込み・お問い合わせ先 ～
社会福祉法人 文京槐の会
 研修事業 移動支援従事者研修係
 〒112-0012 東京都文京区大塚4-21-8

TEL 03-3943-4300 FAX 03-3943-4330

参加者名簿を作成し、名簿に掲載される受講者に対して連絡等を行うため、連絡先等をご記入ください。
 作成された名簿は受講者の区へ報告及び移動支援従事者養成研修以外の用途では使用しません。