

# 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 齢	
				才	
連 絡 先	TEL	- -		性 別	
	緊急	勤務先・実家・携帯( - - )			
	FAX	- -		男 ・ 女	
	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**

※ご記入頂いた個人情報は当法人からのご連絡やご案内、ご質問に対する回答に利用します。  
また ご記入頂きました個人情報は、ご本人の同意がない限り第三者には提供いたしません。