

「行動援護従業者養成研修」受講申込書

※フリガナ			性別
※氏名 修了証明発行時 使用の為略字不可			男 女 その他
※生年月日	昭和 平成	年 月 日	
※住所	〒		
※日中連絡先	固定・携帯		
FAX			
Mail			
備考欄(配慮事項など)			

※研修の定員は16名となっております。応募定員多数の場合先着順とさせていただきます。

※お申込みの受付後、開講オリエンテーションのご案内と受講料のお振込先を送付させていただきます。2024年4月4日までに必ず受講料のお振込みをお願いいたします。お振込みの確認ができない場合は受講をお断りさせていただく場合がございますので、ご了承ください。

※事務局記入欄（下記の欄には記入しないでください。）

申込受付	入金確認	通知送付
年 月 日	年 月 日	年 月 日
担当者印	担当者印	担当者印

※ 個人情報保護法に基づき、皆さまの個人情報につきましては、行動援護従業者養成研修事業実施事務において使用するものとし、他の目的には一切使用いたしません。