

同行援護従業者養成研修講座 申込書

太枠内のみご記入ください。

お申込日	令和 年 月 日 ()	受付日	
氏名	フリガナ		性別
			男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
住所	〒 -		
連絡先	TEL	-	-
	FAX	-	-
	携帯	-	-
	mail		
保有資格	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級取得見込み	
	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級取得見込み	
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	<input type="checkbox"/> その他 ()	
希望課程	一般課程	・	応用課程
受講希望回	令和 年 月 日 開始の講座		
受講の動機			
この講座をどこで知りましたか？ (差し支えなければご記入ください)			
介護実務 経験の有無	<input type="checkbox"/> あり (下記にその内容・経験を記入) 内容または職種		<input type="checkbox"/> なし
	経験年数	年	ヵ月
免許・ その他資格			

FAX・郵送・ご持参のいずれかでお申し込みください。

お問い合わせ

NPO法人福岡市視覚障害者サポートセンター 担当 原

〒810-0073 福岡市中央区舞鶴3丁目2-31 舞鶴栄光ビル502

TEL (092) 406-4611 FAX (092) 406-4614