

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	平成 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	〒 ー 市		
連絡先	TEL	ー	ー
	FAX	ー	ー
	携帯	ー	ー
現取得資格	<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 いずれかに○	一般課程 ・ 応用課程		
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)	・ご利用者様からの紹介 (様)		
	・ヘルパー様からのご紹介 (様)		
	・その他 ()		
介護実務の 経験の有無	<input type="checkbox"/> あり (下記にその内容・経験を記入) <input type="checkbox"/> なし 内容または職種 経験年数 年 ヶ月		
免許・ その他資格			

FAX・郵送・ご持参のいずれかでお申込みください。

【NPO法人福岡市視覚障害者サポートセンター】※ ご不明な点などお気軽にお問合せください。

〒815-0037

福岡市南区玉川町13-28 鶴田ビル1階

TEL/ (092) 559-0333

FAX/ (092) 559-0334

※申込数が定員に達した場合は先着順でのご案内となります。お早めにご提出ください。