

※同行援護従業者養成研修（一般課程）修了証書の写しを必ず添付してください。

※添書は不要ですのでこのままFAXしてください。

平成30年度 同行援護従業者養成研修（応用課程）

受講申込書

平成30年 月 日

ふりがな		性別	生 年 月 日
申込者氏名		男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日生
申込者住所	〒 電話（ ） —		
申込者所属 ※書類送付先	[法人名]		
	[事業所名]		
	申込担当者名：		
	[所在地] 〒		
	電話（ ） —		
	【緊急連絡先FAX番号】（ ） —		
同行援護従業者 養成研修（一般課程） 受講歴	[同行援護従業者養成研修（一般課程）を受講された年度をご記入ください] 平成 年度 同行援護従業者養成研修（一般課程）受講済		
備 考	所属事業所の視覚障がい者ガイドヘルパー数		名
	所属事業所の視覚障がい者利用者数		名

※ この申込書に記入された個人情報、本研修以外の目的には使用しません。