

平成29年度同行援護従業者フォローアップ研修受講申込書

(用紙が足りない場合は、適宜コピーをしてお使い下さい。)

フリガナ				性別	男 ・ 女	
氏 名						
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日	年齢	歳
現住所	〒 —					
電話番号	()	—				
FAX番号	()	—				
携帯電話						
所属事業所等	名 称					
	住 所	〒 —				
	電話番号	()	—			
	職 種					
その他	<p>◆ 本会主催「同行援護従業者養成研修」受講年度についてお知らせ下さい。</p> <p>私は、平成 年度同行援護従業者養成研修を受講致しました。</p>					

申込み先: 社会福祉法人長野県視覚障害者福祉協会
 松本市旭2-11-39 TEL 0263-32-5632/FAX 0263-32-7854
 E-MAIL: welcome@naganoken-shisyokyo.or.jp

※申込締切 平成29年6月17日(土)開講分は、平成29年5月31日(水)まで

平成29年11月3日(金・祝)開講分は、平成29年10月20日(金)まで

※お申し込みは、FAXまたはe-mailでお願いいたします。

※今回知り得た個人情報は、申込みのあった研修会以外に使用することのないよう管理を行います。

※受講料は、研修当日に受付にて領収させていただきます。