

※こちらの送信用紙到着後1週間以内に送信願います。

※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。

※用紙が足りない場合は、適宜コピーをしてお使い下さい。

|

払込受領書貼付位置

平成29年度同行援護従業者養成研修受講申込書

(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	写真貼付 サイズ縦4cm×横3cm	
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							
受講希望会場	・第一期:諏訪会場		・第二期:松本会場				
所属事業所等	名称						
	住所	〒					
	電話番号	()					
	職種						
資格の種類 (該当項目に○ 印を記入)	(1)() 訪問介護員養成研修1・2級課程修了者 (2)() 居宅介護従業者養成研修1・2級課程修了者 (3)() 介護職員初任者研修修了者 (4)() 介護福祉士 (5)() 視覚障害者移動支援従業者養成研修修了者(実働 年)						

※上記資格を証する修了証明書等の写しは必ず申込用紙に添付してください。

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

※資料に同封しております「払込取扱票」で郵便局からお振込みいただき、「払込金受領証」を

「受講申込書」に貼り付けてください。(コピー可)

※申込締切 諏訪会場分:8月31日(木)、松本会場分:9月15日(金) **必着**

※郵送でお願いします。(FAXによる受付はいたしません。)

※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。