

知的障害者移動支援従業者養成研修受講申込書

記入日：平成 30 年 月 日

受講日	講 義 平成 28 年 10 月 6 日 (土)、13 日 (土) 演 習 平成 28 年 10 月 14 日 (日)		
フリガナ			
氏名	⑩ 男 ・ 女		
生年月日	昭和・平成	年 月 日生	歳
現住所	〒  最寄駅 線 駅		
連絡先	電話 ( ) FAX ( ) 携帯 ( )		
資格等	資格名	取得機関	取得年月日
所属勤務先	名称		
	職務内容		
	住所		
	電話		
この研修を知ったきっかけは？ (○をつけて下さい)	①市報 ②事業所での案内 ③事業所からのすすめ ④知人の紹介 ⑤学校での案内 ⑥インターネット ⑦その他 ( )		

尚 一旦申込みされた後には費用をお返しいたしませんのでご了承ください。

※事務局使用覧 (記入しないで下さい)

受付	◆願書受付 月 日 (郵送)	◆入金日 月 日
受講	◆修了証番号	
本人確認	① 住民票、②運転免許、③健康保険証、④その他 ( )	
特記事項		