

# 同行援護従業者養成研修 1月開講コース

## 受講申込 (一般課程)

平成 年 月 日

フリガナ		性別	男 / 女	
名前		生年月日	T・S・H	年 月 日
住所				
電話番号		FAX 番号		
申し込み課程	<input type="checkbox"/> 一般課程 <input type="checkbox"/> 応用課程 <input type="checkbox"/> 一般・応用課程			
緊急連絡先	氏名			
	TEL			
お勤め先	名前		電話番号	
	住所			
介護経験	有・無	本人確認書類		
受講の動機				
取得後にどのように活かしたいですか。				
この講座で学びたい事はなんですか。				

\*18歳未満の方は下記の欄のご記入をお願いします

同行援護従業者養成研修の受講及び資格取得に同意します。	
保護者名	印
住所	TEL

### この用紙の提出先

〒536-0005 大阪市城東区中央1-8-30 パンション真紀2F (最寄駅 地下鉄蒲生4丁目 徒歩5分)

NPO 法人 地域自立支援推進協議会 JOTO

電話番号 06-6934-5858    FAX 番号 06-6934-5850    MAIL:wakuwaku@crocus.ocn.ne.jp

担当：樹神 (こたま) 沼守