

# 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)

令和 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			
緊急連絡先	氏名 TEL				
お勤め先	法人名 名前		電話番号		
	住所				
介護経験	有・無	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保健所証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他( )		
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

〒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