

知的障害者ガイドヘルパー養成研修 受講申込書

ふりがな		性別	(写真添付欄) 縦:36~40mm 横:24~30mm 本人単身・肩から上
氏名		男・女	
生年月日	S・H 年 月 日	満 歳	
連絡先 (緊急時に使用します。 優先順位の高いものから ご記入下さい)	① - - ② - -		
住所	〒 - -		

現在の職業等をご記入ください。
現在お持ちの福祉系資格があれば、ご記入ください。
資格取得後、当事業所に登録を希望しますか？
はい ・ いいえ
研修受講するにあたって、配慮すべき事項があれば、ご記入下さい。(必要に応じてこちらからご連絡させていただきます)
受講の動機や本研修に期待すること等をご記入ください。(※必須)(選考の際、参考にさせていただきます。)

■申し込みは本申込書に必要事項をご記入(写真添付)の上、下記の宛先まで郵送にてお送りください。

※申込の一次締切日:1月20日(月)必着

【申し込み先】

〒245-0023 横浜市泉区和泉中央南4-1-1ストリームプラザ3B
 地域支援センターぴぐれっと 養成研修 担当者宛て
 TEL:045-410-7811 FAX:045-410-7812