

知的障害者移動介護従業者養成研修受講申込書

記入日： 年 月 日

受講日		講義2011年10月29日（土） 30日（日） 実習11月5日（土）	
フリガナ		生年月日 年 月 日生 歳	
氏名		男 . 女	
現住所		〒 最寄駅 線 駅	
連絡先		電話（ ） FAX（ ） 携帯番号（ ）	
資格等	資格名	取得機関	取得年月日
所属勤務先		事業所名	
事業内容			
住所			
電話			
研修を知った きっかけは？ (○をつけてください)		① 市報②事業所への案内③事業所のすすめ④ 友人の紹介 ⑤学校での案内⑥インターネット⑦事業団の研 修終了者 ⑧その他（ ）	

※ 事務局使用欄（記入しないでください）

受付	◆願書受付月日（郵送） ◆入金日月日
受講	◆修了証番号
特記事項	