

平成29年度
第1回 川崎市同行援護従事者養成研修（応用課程）
受講申込書

記入日 平成 年 月 日

(ふりがな)			
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	性別	男・女
住所	〒		
電話番号	※日中連絡が可能なものをご記入下さい。	FAX番号	
現在お持ちの資格	該当する資格に○をつけて下さい。 介護福祉士・介護職員初任者研修・その他 ()		
勤務している	【必須】 現在、福祉関係の事業所に勤務していますか。該当する項目に○をつけてください。 事業所名 () ・ 勤務していない		



【必須】 同行援護一般課程の修了証明書コピーを申込書と一緒にFAXまたは持参してください

☆注意事項

- ※申し込みの不備がある場合は受理しません。
- ※期日と時間を厳守してください。下記以外は受け付けません。

平成29年7月31日(月)～8月3日(木)必着

午前9時～午後5時(土・日・祝日を除く)

※受講希望者は1事業所につき**3名以内**とさせていただきます。

公益財団法人 川崎市身体障害者協会 研修担当宛

FAX : 044-246-6943