平成２９年度
第１回　川崎市同行援護従事者養成研修（一般課程）
受 講　申 込 書

記入日　平成　　年　　月

（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（　　） ※上記の資格をお持ちでない方でも申込みできます。		

【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。

勤務している（事業所名　　）・　**勤務していない**

☆注意事項

※申し込みに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。下記以外は受付けしません。

平成２９年６月１９日　（月）　～　６月２２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