

同行援護従業者養成研修（一般課程・応用課程）受講申込書

申込日： 年 月 日

《申し込み先》

〒381-0034

長野市大字高田 941-5

社会福祉法人信濃の星

共同研修センター 担当：中沢

TEL：026-225-9010

FAX：026-225-9011

下記の必要事項を記入して左記申し込み先に
F A Xでお申し込みください。

下記のとおり、研修受講を申し込みます。

氏 名	(フリガナ)
自 宅 住 所	〒
勤 務 先 名	
勤 務 先 住 所	〒
連 絡 先 <input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 勤 務 先	※日中、連絡が取れる電話番号を記入してください。 TEL：

<同行援護テキストの有無>

※テキストをお持ちの方、ご自分で用意される方は不要に○をしてください。

テキストの注文 必要 ・ 不要

使用テキスト：同行援護従業者養成研修テキスト 第4版（中央法規出版）2，400円（税別）