**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　　　　　　　　　　　　下記の必要事項を記入して左記申し込み先に

TEL：026-225-9010　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸでお申し込みください。

**FAX：026-225-9011**

下記のとおり、研修受講を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | （フリガナ） |  |
|  | |
| 生年月日 | S　・　H　　　年　　　　月　　　　日生まれ | |
| 自宅住所 | 〒 | |
| 勤務先名 |  | |
| 勤務先住所 | 〒 | |
| 連絡先  □ 自　宅  □ 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〇をしてください。  テキストの注文　　　　必要　　　・　不要  使用テキスト：新版 同行援護従業者養成研修テキスト　（中央法規出版）２，97０円（税込） |