

2019年度 同行援護従業者養成研修応用課程 受講申込書

研修日程 5月14日・5月15日

世田谷区福祉人材育成・研修センター あて

2019 年 月

ふりがな		性別	男性 ・ 女性	職業	
氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 () 歳		
住 所	〒 —	※日中連絡可能な番号をご記入ください			
		電話番号	() —		
		携帯電話番号	() —		
所属先の名称 及び所在地		職場への 連絡	可 ・ 不可		
一般課程 修了確認	研修事業所名		研修修了年月日		
			平成 年 月 日		
受講希望理由 (具体的にご記 入ください)					
特記事項					
この研修を お知りになっ たきっかけ	1. 区のお知らせ 2. ホームページ 3. 図書館・出張所 4. 事業団広報紙 (パートナー) 5. 知人の紹介 6. その他 ()				

日

*一般課程修了書または該当する研修の修了書の写しを添えて、お申込みください。修了書の写しおよび申込書は受講の可否にかかわらず、返却はいたしません。受講できなかった場合には、こちらで破棄させていただきます。
記載されている個人情報、研修に関する目的以外に使用いたしません。

キ
リ
ト
リ