

令和5年度同行援護従業者養成研修

受講申込書

社会福祉法人アス・ライフ
理事長 藤田英二 様

下記のとおり受講を申し込みます。

記

ふりがな	
氏名	性別 男・女
生年月日	昭和・平成 年（西暦 年） 月 日（満 歳）
自宅住所	〒 郵便番号も必ずご記入ください。
電話番号	
勤務先・学校	
資格	看護師・介護福祉士・ヘルパー2級・その他()
受講コース 希望箇所の口内に✓印 をつけて下さい。	<input type="checkbox"/> 一般課程（講義12時間 演習8時間）受講料13,000円
	<input type="checkbox"/> 一般課程視覚障害ガイヘル資格取得者（講義6時間）受講料5,000円
	<input type="checkbox"/> 応用課程（講義2時間 演習10時間）受講料10,000円
	※免除科目を希望される方は必ず視覚障害者移動介護従事者修了書の写しを添付して下さい。

お申込日： 令和 5年 月 日

※申込期限 令和5年5月10日（水）必着

受講を決定した方には5月10日以降に「受講決定通知書」を送付します。お申込が受講定員を超えた場合は先着順とさせていただきます。あしからずご了承ください。

※必要事項を全てご記入ください。不備がある場合は申込を受け付けられないことがあります。

※いただいた個人情報は、本研修の実施のためだけに使用します。

送付先 〒753-0033 山口市大市町3番12号

社会福祉法人アス・ライフ 同行援護従業者養成研修担当：佐川まで

T e l 083-902-6667 F a x 083-902-6664