

FAXの場合：096-383-6833      Emailの場合：sikaku-k@titan.ocn.ne.jp

# 2025 年度同行援護従業者養成研修受講申込書

ふりがな			
氏 名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日 ( 歳)
自宅	住所	〒	
	TEL	(緊急連絡先) 携帯電話	
	メール		
勤務先	名称		
	住所	〒	
	TEL		
	メール		
<p>受講決定通知の送付先を○で囲んでください。(未記入の場合は自宅に送付いたします。)</p> <p>1. 自宅      2. 勤務先</p>			
受講課程 (○で囲んでください)	1. 一般・応用課程      2. 一般課程のみ      3. 応用課程のみ		
取得資格等	<input type="checkbox"/> 介護員養成研修 (実務者研修・介護職員基礎研修課程・1級課程・2級課程・初任者研修) <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <u>※応用課程のみ受講される方は、「同行援護従業者一般課程」の修了証明書の写しを添付してください。</u>		
テキスト購入について	テキストの購入申し込みを ( 1. する      2. しない ) 中央法規「同行援護従業者養成研修テキスト(第4版)」(税込 2,970円)		