

受講申込書

記入日 令和6年 月 日

研修日	同行援護従業者養成研修			日程：令和6年 11/9 11/10 11/16 11/17 11/23		
ふりがな		男 女				
名前		昭和	平成	年	月	日生 才
	TEL・携帯			FAX		
住所	〒					
職業	1. 会社員 2.アルバイト、パート 3.その他 事業所：					
健康状態	1.良好			2 治療中、通院中		
資格	ヘルパー 級			介護職員 初任者研修 介護福祉士 その他		
志望動機						

本状を持って正式申し込みとします。FAX 郵送いずれも可
ご不明な点等ございましたら 下記までお問合せください。

特定非営利活動法人 移動サービス・バイユアセルフ
同行援護従業者養成研修事務局 平谷(ヒラヤ)
〒 187-0042 小平市仲町285番地
TEL 0 4 2 - 3 4 1 - 7 6 3 0
FAX 0 4 2 - 3 4 1 - 7 6 5 6