

## 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 名前		男 女 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 042-341-7630

FAX 042-341-7656