

受講申込書

記入日 令和7年 月 日

研修日	同行援護従業者養成研修			日程：令和7年 11/16 11/22 11/23 11/29 11/30		
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