メール　[ibacenter@work.nifty.jp](mailto:ibacenter@work.nifty.jp)

ＦＡＸ　０２９－２２１－０２３４

別紙様式１

令和２年度第１回茨城県視覚障害者協会

同行援護従業者養成研修　受講申込書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | （フリガナ） | | | 性別 | 男・女 |
|  | | |
| 生年  月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　日 | 電話番号  (連絡先) |  | | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | |
| 所属 | （現在事業所等に所属（勤務）されている場合にはご記入ください）  名　　称：  所 在 地：〒  電話番号： | | | | |
| 受講申込講習 | ◯「一般課程＋応用課程」  （１／１５、１／２２、１／２３、１／３０、２／５）  ◯「応用課程」のみ（１／１５、１／３０、２／５）  ※　希望する講習に◯印をつけてください。 | | | | |
| 摘要 | ◯　「応用課程」のみの申込み者は「一般課程」を修了したことを証明する書類のコピーの添付をお願いします。なお、当協会の研修修了者にあっては、修了証明書番号を本欄に記入していただくだけで結構です。 | | | | |