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

ＦＡＸ　０２９－２２１－０２３４

別紙様式１

茨城県視覚障害者協会

同行援護従業者養成研修（一般課程）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。  　なお、２名以上の申し込みの場合は、必ず優先順位を付けてください。）  名　　称：  所 在 地：〒  電話番号： | | | | |
| 受講申込講習 | 茨城県視覚障害者協会　同行援護従業者養成研修「一般課程」  （　１／１３（金）、１／２０（金）、１／２１（土）　） | | | | |
| 摘要 |  | | | | |