メール　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 |  |