メール　[ibacenter@work.nifty.jp](mailto:ibacenter@work.nifty.jp)　または　ＦＡＸ　０２９－２２１－０２３４

別紙様式

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＋応用課程）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  令和 | 電話番号  (連絡先) |  | | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | |
| 所属 | ※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、優先順位を付けてください。  名　称　：  所 在 地：〒  電話番号： | | | | |
| 申込講習 | ※　希望する講習に○印をつけてください。  　１　「一般課程＋応用課程」  （　１／１９、１／２６、１／２７、２／３、２／４　）  　２　「応用課程」のみ  　　　　（　２／３、２／４　）  ※　「応用課程」のみを申し込みされる方は、「一般課程」を修了したこと  　を証明する書類のコピーを添付してください。  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　　するだけで結構です。    　　【修了証明書番号　　一般課程：第　　　　　　　　号】 | | | | |