メール　[iba-sugano@mbr.nifty.com](mailto:iba-sugano@mbr.nifty.com)　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）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 | ※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： | | | | |