

# 平成30年度 各種養成研修申込み用紙

申込日：平成 年 月 日

受講希望研修 (○をつけて下さい)	同行援護 (一般課程)	同行援護 (応用課程)	同行援護 (一般課程)	同行援護 (応用課程)
	10月開講	11月開講	H31・1月開講	H31・2月開講

ふりがな				男 ・ 女	(所属事業所)※事業所所属の方は差し支えなければご記入ください。
名前					
生年月日	(西暦 年)	(和暦 H・S 年)	月	日	( 歳)
住所	〒				
連絡先	(自宅: ) (携帯: ) (職場等: ) ※受講確認等で事務局から連絡をさせていただきます。日中連絡の取れるものに○をつけてください。				
有資格 (○をつけて下さい)	・介護福祉士 ・介護職員初任者研修 ・同行援護(一般) ・その他( )	・ホームヘルパー1級 ・介護職員基礎研修 ・視覚障害ガイドヘルパー	・ホームヘルパー2級 ・実務者研修		
この研修を 知った理由	・紹介(どなたの ) ・チラシ ・広告 ・ホームページ ・その他				

◎【受講条件】 ★同行援護応用課程を受講するには、同行援護一般課程の資格が必要です。下記に同行援護一般課程取得年月日、研修受講先をご記入ください。

●心身ともに健康で健脚な方 ●全日程受講できる方(振替はできません。)  
上記内容を記入し、各研修開講日5日前までにFAXまたは郵便でお申し込み下さい。  
定員になり次第受付終了。各研修:定員12名  
<研修会場> ジョイサポートセンター(JR磯子駅徒歩2分)  
横浜市磯子区磯子3-6-32 小川ビル2階 Tel:045-750-7714

取得年月日: ( 年 月 日)  
研修受講先: ( )

FAXの方は記入後、そのまま送信してください。

FAX: 045-750-7716

平成30年度養成研修HP  
ジョイサポートセンター