

養成研修受講申込書

申込日 年 月 日

受講希望 コース	月開講	☐ 実務者研修通信課程	チェックを 入れて下さい	写真貼り付け 3 cm×2.5 cm
		☐ 実務者研修通学課程		
		☐ 初任者研修通学課程		
		☐ 行動援護従業者養成研修		
		☐ 同行援護従業者養成研修一般課程		
		☐ 同行援護従業者養成研修応用課程		
		☐ 全身性障害者移動介護従事者養成研修		
		☐ 福祉有償運送講習		
		☐		

フリガナ			性別		S H 年 月 日
氏 名	(印)		男 女	生年月日	(歳)
住 所	〒 都 道 市 区 府 県 郡 町 ※アパート・マンションの建物名と号室等もご記入ください				
電話番号	- -		Fax 番号	- -	
緊急時の 連絡先	氏名 続柄 電話番号 - -				
資格等 特記事項	(現在取得済の資格) (受講しなければならない理由)				
現在の 勤務先	勤務先名		勤務先電話番号		
	(勤務年数 年)		勤務先郵便番号		
	住 所				
	従業員数 名		行動要援従業者養成研修資格所持者数 名		
強度行動障がい支援者養成研修実践研修修了者数 名		強度行動障がい支援者養成研修基礎研修修了者数 名			

鹿光学習センター

〒060-0005

札幌市中央区北5条西14丁目1-42 鹿友ディアプラザ札幌 1F

電話 011-261-0806

FAX 011-281-1462

※受講には、本人確認書類（運転免許証の写し・住民票などの公的証明書）のコピー提出が必要です。
これらの書類は、入学後、速やかにご提出いただきます。
※受講申込書をFAXでお申込みされた方は原本を当日持参提出願います。