

# 養成研修受講申込書

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

<b>受講希望 コース</b>	<b>2018年 4月開講</b>	<input type="checkbox"/> 実務者研修通信課程 <input type="checkbox"/> 実務者研修通学課程 <input type="checkbox"/> 初任者研修通学課程 <input type="checkbox"/> 行動援護従業者養成研修 <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修一般課程 <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修応用課程 <input type="checkbox"/> 全身性障害者移動介護従事者養成研修 <input type="checkbox"/> 福祉有償運送講習 <input type="checkbox"/>	チェックを 入れて下さい	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; width: 100%;">                     写真貼り付け                       3 cm × 2.5 cm                 </div>
---------------------	-----------------------	---	-----------------	---

フリガナ		性別		S H 年 月 日
氏名	(印)	男女	生年月日	( 歳)
住所	〒 _____ ※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 _____ 都道府県 _____ 市 _____ 区 _____ 郡 _____ 町			
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ぬ理由)			
<b>現在の 勤務先</b>	勤務先名	勤務先電話番号		
	(勤続年数 年)	勤務先郵便番号		
	住 所			
	従業員数	名	行動援護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。