

## 平成27年度同行援護従業者養成研修受講申込書

平成 年 月 日申込

ふりがな			
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生	年齢	歳
現住所	〒		
電話番号	( ) -		
FAX 番号	( ) -		
携帯電話	- -		
メールアドレス	@		
所属事業所	名称		
	住所		
	電話番号		
	職種		
資格の種類 (該当項目に○印を記入)	(1) ( ) 訪問介護職員養成研修1・2級課程修了者 (2) ( ) 居宅介護従業者養成研修1・2級課程修了者 (3) ( ) 介護福祉士 (4) ( ) 視覚障害者移動支援従業者養成研修修了者 (5) ( ) その他福祉関係資格 ( ) (6) ( ) 無		

申込先：一般社団法人鹿児島県視覚障害者団体連合会

〒890-0021 鹿児島市小野一丁目1番1号 ハートピアかごしま3階

TEL / FAX 099-228-6712

メール office@kakenshikakuren.jp

※ 申込：郵送・FAX・メールでお願いいたします（電話では受付いたしません）

※ 今回知り得た個人情報は、申し込みのあった研修会以外に使用することのないよう管理を行います。