

↑ ↑ ↑

F A X : 0 8 9 - 9 3 5 - 6 7 8 2

## 重度訪問介護従業者養成研修 受講申込用紙

申込日 年 月 日

下記に必要事項を記入してF A Xしてください。

|   |                               |                                    |        |      |       |
|---|-------------------------------|------------------------------------|--------|------|-------|
| ふりがな  |                               | 性別                                 |        | 生年月日 | 年 月 日 |
| 受講者<br>氏名   |                               |                                    |        |      |       |
| 住所  | 〒                             |                                    |        |      |       |
| メールアドレス   |                               | 電話番号                               |        |      |       |
| ふりがな  |                               | 受講日                                | 年 月 日～ |      |       |
| 所属<br>事業所名  |                               |                                    |        |      |       |
| 事業所<br>住所   | 〒                             |                                    |        |      |       |
| メールアドレス   |                               | 電話番号                               |        |      |       |
|   |                               | F A X                              |        |      |       |
| 自立生活センター松山で3日目（講義終了の翌月曜日から日曜日まで）の<br>同行研修（6時間）を受講される方で希望の曜日、時間帯があれば事前に記入してください。 |                               |                                    |        |      |       |
| 曜日  | <input type="checkbox"/> 特になし |                                    |        |      |       |
| 時間帯   | <input type="checkbox"/> 特になし | ※時間に関しては希望に添えない場合もありますので予めご了承ください。 |        |      |       |
| 備考  | 必要な配慮などがあればご記入ください。           |                                    |        |      |       |
|   |                               |                                    |        |      |       |

※必要に応じて面接を行い受講者を選定させていただく場合があります。

※受講決定通知はメールでお送りします。メール以外での受取りをご希望の方は下記までご連絡ください。

## 【問い合わせ先】

特定非営利活動法人自立生活センター松山

ヘルパー研修事業部 重度訪問介護従業者養成研修係 089-986-3245