

全身性障がい者移動介護従業者養成研修 受講申込書

特定非営利活動法人 ネットワーク大府

平成 年 月 日

性別	男 ・ 女	
ふりがな 氏 名	印	写真 (スナップ可) 4cm × 3cm
生年月日	年 月 日生 (歳)	
住所	〒 -	
連絡先	TEL	
	FAX	
	携帯	
受講資格要件	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修・取得見込 (平成 年 月 修了見込)	
住民参加型在宅福祉サービス団体加入状況	・入会している (団体名:) ・入会していない	
受講料納入月日	10,800円 (受講料10,000円 + 税 800円) 年 月 日	

※1 □は、該当するものにレ点をいれてください。

※2 資格証のコピーを添付してください。