

平成29年度 知的障害者居宅介護職員初任者研修

受講申し込み書

平成29年度知的障害者居宅介護職員初任者研修を受講したいので申し込みます。

受講希望会場

氏名	(ふりがな)		性別	年齢	歳
			生年月日	昭和・平成	年 月 日
住所	〒				
電話番号	固定電話		携帯番号		
学校、勤め先 通所先				学年	年生
受講者の親族 等、連絡先氏名	(ふりがな)		受講者との 関係		
住所	〒				
	(受講生 と住所 が異なる場合に記入)				
電話番号	固定電話		携帯番号		
障害の程度についてご記入ください。					

療育手帳の写しを添付する。

療育手帳

写真