

FAX送付先 047-459-9541

移動支援事業所ふくろう 行

※鏡分は不要です。

受講申込書

2022年度

知的障害者（児）移動支援従業者養成研修

ふりがな			生 年 月 日	性 別
受講希望者氏名 氏 名				男・女
住 所	〒			
電 話 番 号		携 帯 電 話		
勤 務 先	法 人 名			
	事 業 所 名			
	所 在 地	〒		
	施 設 種 別			

※ 学生は学校名を記入して下さい。

上記データは、個人情報保護法に基づき無断で第三者に提供する事はありません。