

養成研修受講申込書

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | | | | |
|-------------|---------------|--|-----------------|-----------------------------|
| 受講希望 コース | 2022年 3月開講 | <input type="checkbox"/> 実務者研修通信課程 | チェックを 入れて下さい | 写真貼り付け 3 cm × 2.5 cm |
| | | <input type="checkbox"/> 実務者研修通学課程 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 初任者研修通学課程 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 行動援護従業者養成研修 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修一般課程 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修応用課程 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 全身性障害者移動介護従事者養成研修 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 福祉有償運送講習 | | |
| | | <input type="checkbox"/> | | |

| | | | | | | | |
|-------------|---|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| フリガナ | | 性別 | | S H | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | Ⓔ | 男女 | 生年月日 | (| 歳) | | |
| 住所 | 〒 _____ ※アパート・マンションの建物名と号室等もご記入ください _____ 都道府県 _____ 市 _____ 区 _____ 郡 _____ 町 | | | | | | |
| 電話番号 | _____ | Fax 番号 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 緊急時の 連絡先 | 氏名 | 続柄 | 電話番号 | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 資格等 特記事項 | (現在取得済の資格) | | | | | | |
| | (受講しなければならぬ理由) | | | | | | |
| 現在の 勤務先 | 勤務先名 | 勤務先電話番号 | | | | | |
| | (勤務年数 _____ 年) | 勤務先郵便番号 | | | | | |
| | 住 所 | | | | | | |
| | 従業員数 _____ 名 | 行動援護従業者養成研修資格所持者数 _____ 名 | | | | | |
| | 強度行動障がい支援者養成研修実践研修修了者数 _____ 名 | 強度行動障がい支援者養成研修基礎研修修了者数 _____ 名 | | | | | |

鹿光学習センター

〒060-0005

札幌市中央区北5条西14丁目1-42 鹿友ディアプラザ札幌1F

電話 011-261-0806

FAX 011-281-1462

※受講には、本人確認書類（運転免許証の写し・住民票などの公的証明書）のコピー提出が必要です。

これらの書類は、入学後、速やかにご提出いただきます。

※受講申込書をFAXでお申込みされた方は原本を当日持参提出願います。