

同行援護従業者養成研修

受講申込書

ふりがな		性別	男・女			
氏名						
生年月日	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳
ふりがな						
住所	〒					
電話番号	自宅 携帯					
受講講座	<input type="checkbox"/> 一般課程 20,000円					
	<input type="checkbox"/> 応用課程 18,000円					
	<input type="checkbox"/> 一般課程+応用課程 35,000円					

申込先 〒545-0011
大阪市阿倍野区昭和町2-1-13
障がい福祉サービス フルフラール
TEL 06-6622-7333
FAX 06-6622-7330
担当 森田・森本

※必要事項をご記入の上、FAX、又は郵送でお申し込みください。

※受講決定者には、受講についてのお知らせと、受講料納付先を送付させていただきます。

※この申込書にご記入いただいた個人情報については、個人情報保護関係法令を遵守し、本研修以外の目的には使用いたしません。