

平成29年度 第1回行動援護従業者養成研修 受講申込書

平成29年 月 日

特定非営利活動法人 わになろう会

理事長 新井 靖子 様

フリガナ		性別	男 ・ 女
受講希望者氏名	(生年月日 昭和・平成 年 月 日 生 歳)		
受講生本人の 現住所	〒 Tel: - - Mail: @		
所属施設・事業所名			
就業期間	平成 年 月 日 ~平成 年 月 日 (年 月間)		
現在の職名	サービス管理責任者 ・ サービス提供職員 その他 ()		
受講資格 要件の有無	サービス提供職員 直接支援業務期間1年以上 (有 ・ 無)		

推薦書

上記の受講希望者は、本事業所の従業者であり、行動援護従業者養成研修を受講するに相応しい者として推薦いたします。 受講優先順位は()番

事業所の名称	
事業所所在地	〒
代表者氏名	印
主な事業	
支援対象障害	
電話番号	
FAX番号	