

平成29年度  
第3回 川崎市同行援護従事者養成研修(応用課程)  
受講申込書

記入日 平成 年 月 日

(ふりがな)			
氏 名			
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 ( 歳 )	性 別	男 ・ 女
住 所	〒		
電話番号	※日中連絡が可能なものをご記入ください。	FAX番号	
現在お持ちの資格	該当する資格に○をつけてください。 介護福祉士 ・ 介護職員初任者研修 ・ その他 ( ) ・ なし		
【必須】 現在、福祉関係の事業所に勤務していますか。該当する項目に○をつけてください。 事業所名			
勤務している ( ) ・ 勤務していない			



【必須】 同行援護一般課程の修了証明書コピーを申込書と一緒にFAXまたは持参してください。

☆注意事項

※申し込みの不備がある場合は受理しません。

※期日と時間を厳守してください。下記以外は受付けしません。

**平成30年1月29日(月)～2月1日(木)必着**

午前9時～午後5時(土・日・祝日を除く)

※受講希望者は1事業所につき**3名以内**とさせていただきます。

公益財団法人 川崎市身体障害者協会 研修担当宛

FAX:044-246-6943