

# 文京区知的障害者移動支援従事者研修 受講申込書

文京区移動支援従事者研修の受講を申し込みます。

社会福祉法人 文京槐の会 御中		平成	年	月	日
フリガナ			生	年	月 日
氏名	Ⓜ		昭和・平成	年	月 日
住所	〒			年齢	
	-			才	
連絡先	TEL	-		性別	
	緊急	勤務先・実家・携帯 ( - - )			男・女
	FAX	-			
	E-mail				
職業	1. 会社員 2. 学生 3. 自営業 4. 主婦 5. パート・アルバイト 6. 介護従事者 7. 無職 8. その他( )				
	社会人の方	業種		職種	
		会社名		部署名	
	学生の方	学校名		学部	
学科			学年		
保護者氏名	※18歳未満の方は必ず保護者の捺印をお願いします。 Ⓜ				
実習場所	1. は〜と・ピア 2. は〜と・ピア2		希望日 月 日		
共通科目 免除希望					

## ※施設記入欄

・受講生番号	
・受講料 円 ・入金日	

～ お申し込み・お問い合わせ先 ～  
**社会福祉法人 文京槐の会**  
 研修事業 移動支援従事者研修係  
 〒112-0012 東京都文京区大塚4-21-8

**TEL 03-3943-4300 FAX 03-3943-4330**