



☎ FAX送信 ☎

089-921-1477

同行援護従業者養成研修(一般課程)受講申込書

【開催日: 令和7年11月29日(金)、30日(土)、12月4日(水)、5日(木) 9:20~17:30】

フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月	日
氏名						
自宅住所	〒	保有資格				
電話番号		携帯				
E-Mail (必須)						
テキストの有無	<input type="checkbox"/> 申し込みます (2,970円(税込)) 中央法規出版(株)新版 同行援護従業者養成研修テキスト			<input type="checkbox"/> 申し込みません		
勤務先名						
勤務先住所	〒					
電話番号		FAX				
E-Mail (必須)						

★ 請求先及び受講決定通知等をお送りしますので、送信希望先のチェックをお願いします。
受講決定通知はメール送信となりますので、必ずメールアドレスの記入をお願いいたします。

個人

勤務先

【講習・セミナーの広告送信の承諾について】

今後開催予定の講習・セミナー等(有料を含む)の募集チラシ送信の承諾に関して、チェックをお願いいたします。

FAX送信を承諾する(FAX番号:

) FAX送信は承諾しない

メール送信を承諾する
(メールアドレス:

) メール送信は承諾しない

【個人情報について】

◎受講者の個人情報(氏名、住所、電話番号等)は当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認、新規講座等のご案内の送付の範囲で利用いたします。

◎ご提供いただいた個人情報は、プライバシーポリシーに基づき、厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。

【問い合わせ】(公財)介護労働安定センター愛媛支部
TEL089-921-1461 FAX 089-921-1477