

申込日 令和 年 月 日

※受付印

受講申込書

※受付番号

6

FAX

0742-35-2707

※欄は記入しないこと

講習名

行動援護従業者養成研修 (令和 7 年 12 月 1 日・9 日・17 日・22 日)

以下の太線枠をご記入のうえ FAX 願います

受講者氏名	リガナ	年齢	才
法人名		テキスト購入	有 ・ 無
事業所名		メールアドレス	
住所 (送付先)	注) 受講料請求書兼振込票発送先をご記入ください。 〒		
TEL / FAX	TEL () / FAX ()		
複数回・複数名お申込みの場合【受講料のお振込み方法】(希望に○印) ➡ 一括 ・ 各回			
入金確認及び受講通知書 FAX 送信先 (希望先に○印) ➡ 勤務先 担当者 () 様宛 ・ 自宅			
資格取得 (該当するものに☑をつけてください)	福祉・医療分野の経験年数 年 か月 ・ 未経験 介護・福祉・医療分野での取得している資格 ☐初任者研修 ☐実務者研修 ☐介護福祉士 ☐介護支援専門員 ☐看護師 ☐行動援護従業者養成研修 ☐その他 ()		
その他	助成金の活用について伺います。(○をお願いします) 活用予定 ・ 活用予定なし ・ 未定		

◎ご記入いただいた個人情報は、当講座の開催に必要な範囲で使用するほか、当センターの事業のご案内に使用させていただきます。ご提供いただいた個人情報は、当センターの規程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。

お申込み・問合せ

公益財団法人介護労働安定センター奈良支部

〒630-8115 奈良市大宮町4丁目 266-1 三和大宮ビル 2F

TEL 0742-35-2701 / FAX 0742-35-2707