調布市福祉人材育成センター行動援護従業者養成研修申込書

令和２年　　月　　日

社会福祉法人調布市社会福祉協議会会長　様

次のとおり、研修事業を受講したいので申込みます。

フリガナ		性別
氏　名		男　・　女
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日　（　　歳）	
住　所	〒	
電話番号 （連絡先）	①	②
緊急連絡先 （本人以外）		
勤務先 （住所）		
受講希望理由 （複数可）	□資格を取得して就労したい　　□現在の業務に役立てたい □介護・障がいについて学びたい □高齢者・障がい者（児）を支援したい □地域の役に立ちたい □その他（　　）	
本研修をお知りになったきっかけ(複数可)	□市報　□ふくしの窓（社協広報誌）□人材センターホームページ □ちらし・ポスター　□知人の紹介　□その他（　　）	

＊記載されている個人情報は研修に関する目的以外に使用いたしません。