

**令和 7 年度
同行援護従業者養成研修一般課程受講申込書**

申込日：令和 7 年 月 日

フリガナ			性別	男・女
氏 名	㊟			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
現 住 所	〒 ー			
電話番号	() ー			
※携帯番号（必須）	() ー			
※メールアドレス（必須）				
所属している居宅介護 事業所	事業所名			
	住所			
	連絡先			
※応募理由（必須）				

(受講希望者の記入上の注意)

1. この申込書は、必ず本人が記入してください。
2. 記載事項の不備や提出された書類に不足等があった場合は受理できません。
3. 希望講座、申込み日付及び上記表の太枠の中の部分のみ記入してください。
4. 令和 7 年 9 月 1 2 日までに選考を行い可否の決定通知書を随時送付いたします。
5. ※緊急時の連絡先として、携帯番号・メールアドレスは必須とさせていただきます。

〔静岡県視覚障害者協会 記入欄〕

申込書 受付日	資 格 確認者	受 講 決定日