

同行援護従業者養成研修 受講申込書

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年 齢 (申込日現在)	歳
フリガナ			
住 所	〒 -		
電話番号	自宅電話 携帯電話 FAX番号		
メール アドレス	@		
受講コース	該当するものに☑を入れてください。		
	<input type="checkbox"/> 一般課程のみ受講+テキスト注文 全3日間 20,000円 (税込) <input type="checkbox"/> 一般課程のみ受講 (テキスト不要) 全3日間 18,000円 (税込) <input type="checkbox"/> 応用課程のみ受講+テキスト注文 全2日間 15,000円 (税込) ※ <input type="checkbox"/> 応用課程のみ受講 (テキスト不要) 全2日間 13,000円 (税込) ※ <input type="checkbox"/> 一般課程+応用課程+テキスト注文 全5日間 32,500円 (税込) <input type="checkbox"/> 一般課程+応用課程 (テキスト不要) 全5日間 30,000円 (税込)		
※応用課程のみ受講希望の場合は一般課程の修了書のコピーを添付してください			
振込予定日 ・ 金額	振込日 (振込予定日) ・ 振込額をご記入ください。		
	振込予定日	月 日	予定・済 円
金額	振込先指定口座 口座番号：広島銀行 大手町支店 普通預金 0081307 口座名義：公益社団法人広島市視覚障害者福祉協会 シャヒロマンシカクショウガ イシャクキョウカイ		
その他	受講者名と送金名義が異なる等、連絡事項がありましたら、ご記入ください。		

送付先 〒732-0052 広島市東区光町二丁目1番5号 広島市心身障害者福祉センター内
公益社団法人 広島市視覚障害者福祉協会
電話 (082) 264-4966 FAX (082) 567-4977