令和6年度　同行援護従業者現任研修　受講申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 申込日 | 令和7年　　月　　日 |
| フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日生　　　　　　歳 | | |
| 事業所名 |  | | |
| 事業所住所  電話・FAX  メールアドレス | 住所：  電話：　　　　　　　　　　　　　　FAX：  メールアドレス： | | |
| ガイドヘルパー  経験 | 年　　　　か月 | | |
| 緊急連絡先 |  | | |
| 業務上困っている点、疑問点及び課題等情報交換したい事項についてご記入ください。  　また、演習も含め研修内容のリクエストがありましたらご記入ください。 |  | | |
|  | | | |
| 受付番号 | 新潟県視覚障害者福祉協会　　　担当者：吉田  TEL：025-381-8118　FAX:025-381-8120  E-mail：[jiritsushien0253818118@gmail.com](mailto:jiritsushien0253818118@gmail.com) | | |