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:025-381-8120E-mail：jiritsushien0253818118@gmail.com |