

第53期生 受講申込書				都道府県コード		写真貼付欄 (4×3cm)
該当に <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 新規 ・ <input type="checkbox"/> 再受講				
フリガナ		生年月日				写真裏面に都道府県名 ならびに氏名を必ずご 記入ください
氏名		昭・平 年 月 日生 (西暦 年) 年齢 歳				
現住所 (書類送付先)		(自宅・勤務先) ※どちらかに○をしてください				
E-mail (ご自身のお使いの メールアドレスを記入)		@				
インターネット 接続について 該当に <input checked="" type="checkbox"/>		インターネット環境： <input type="checkbox"/> あり (接続方法： <input type="checkbox"/> 有線 <input type="checkbox"/> 無線) ・ <input type="checkbox"/> なし インターネット機器： <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> スマートフォン) ・ <input type="checkbox"/> なし DVD(視聴)： <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可				
受講番号 (再受講の方のみ記入してください)		知的障害を理解するための基礎講座 (該当の方のみ記入)				
		修了番号				
		修了年月日				
勤務先	法人名	施設(事業)種類	種類		施設事業の種類コード	
	事業所名	職種	職種		職種コード	
	所在地	〒 TEL - -				
最終学歴	大学 短期大学 高等学校 学校	学部 学科	課程	昼間 夜間 通信 (年制)	昭・平・令 年 月 (西暦 年) 卒業	
○配慮事項がある方は、内容をご記入ください。※スクーリング時の車いすや読み書き等						

キ  
リ  
ト  
リ  
線

事務局記入欄 (記入しないこと)		
受付日	見込・非常勤	金額 66,000 ・ 69,000 53,000 ・ 56,000
受付番号	受講番号	

※折らずに送付してください

※裏面も記入してください。

○受講の動機をお知らせください。(200文字以内) ※必ず記入してください

○お持ちの資格をご記入ください。(福祉・医療・法律関係のみ)

( ) 取得年月日： 年 月 日  
( ) 取得年月日： 年 月 日  
( ) 取得年月日： 年 月 日

○本講座を知ったきっかけをお知らせください。(複数回答可)

- 上司のすすめ      友人・知人の紹介      ポスター・チラシ  
ホームページを見て      月刊誌さぼーと      愛護ニュース  
本会研修会 (研修会名： )  
その他 ( )