

第56期生 受講申込書					都道府県コード		写真貼付欄 (4 × 3 cm)		
該当に ☒ ☐ 新規 ・ ☐ 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		(印)			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 都 道 府 県 携帯TEL - - TEL - -							
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 ☒		インターネット環境： ☐ あり ・ ☐ なし インターネット機器： ☐ あり (☐ パソコン ☐ タブレット ☐ スマートフォン) ・ ☐ なし							
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 種類 (事業)			施設 種類 コード	
	事業所名				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。									

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 ・ 69,300 52,800 ・ 56,100
受付番号	受講番号		

○受講の動機をお知らせください。※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

☐月刊誌さぽーと

☐愛護ニュース

☐本会研修会（研修会名：

）

☐その他（

）