令和　　年　　月　　日作成

第57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	
氏名		昭・平 年　月　日生 （西暦　　年）年齢　　歳	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
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（事業）種類		施設（事業）の種類コード	
	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	

※折らずに送付してください

※裏面も記入してください。

キリトリ線

○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（　　）

キリトリ線