公益財団法人　日本知的障害者福祉協会

会　長　　樋　口　幸　雄　　様

承　諾　書

私は、貴団体の知的障害援助専門員養成通信教育を受講するにあたり、下記に基づいて学習を進めることを承諾いたします。

記

上記通信教育は、知的障害に特化した内容となっていることを承知し、施設・事業ならびに職種の違い等による「レポート提出」および「スクーリングテスト」の免除・変更などについては一切要請いたしません。

令和　　年　　月　　日

住所

氏名　　印

キリトリ線

※折らずに送付してください