

第54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		(印)		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 (接続方法： ☐ 有線 ☐ 無線) ・ ☐ なし インターネット機器： ☐ あり (☐ PC ☐ 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。（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

(

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（_____）		

☐ポスター・チラシ☐愛護ニュース

)

)