

# 文京区知的障害者移動支援従事者研修 受講申込書

文京区移動支援従事者研修の受講を申し込みます。

社会福祉法人 文京槐の会 御中		年 月 日	
フリガナ	生 年 月 日		
氏 名	Ⓜ	昭和・平成	年 月 日
住 所	〒 ー		年 齢
			才
連 絡 先	TEL	ー ー	性 別
	緊急	勤務先・実家・携帯( ー ー )	男 ・ 女
	FAX	ー ー	
	E-mail		
職 業	1. 会社員 2. 学生 3. 自営業 4. 主婦 5. パート・アルバイト 6. 介護従事者 7. 無職 8. その他( )		
	社会人の方	業 種	職 種
		会社名	部署名
	学生の方	学校名	学 部
学 科		学 年	
保護者氏名	※18歳未満の方は必ず保護者の捺印をお願いします。 Ⓜ		
実習場所	1. は〜と・ピア 2. は〜と・ピア2	希望日 月 日	
共通科目 免除希望			

## ※施設記入欄

・ 受講生番号	
・ 受講料	円 ・ 入金日

～ お申し込み・お問い合わせ先 ～

社会福祉法人 文京槐の会

研修事業 移動支援従事者研修係

〒112-0012 東京都文京区大塚4-21-8

TEL 03-3943-4300 FAX 03-3943-4330

※ご記入頂いた個人情報 は当法人からのご連絡やご案内、ご質問に対する回答に利用します。  
また ご記入頂きました個人情報は、ご本人の同意がない限り第三者には提供いたしません。