

平成29年度第2回調布市福祉人材育成センター
知的障がい者（児）移動支援従業者養成研修申込書

平成30年 月 日

社会福祉法人調布市社会福祉協議会会長 様

次のとおり、研修事業を受講したいので申込みます。

フリガナ		性別
氏名		男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 （ 歳）	
住所	〒	
所属先 （住所）		
電話番号	（自宅）	（携帯電話）
緊急連絡先 （本人以外）		
受講希望理由		
本研修をお知りになったきっかけ	<input type="checkbox"/> 市報 <input type="checkbox"/> ふくしの窓（社協広報誌） <input type="checkbox"/> 人材センターホームページ <input type="checkbox"/> ちらし・ポスター <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

*記載されている個人情報は研修に関する目的以外に使用いたしません。