

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

令和 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	〒	
電話番号 (連絡先)	①	②
緊急連絡先 (本人以外)		
勤務先 (住所)		
受講希望理由 (複数可)	<input type="checkbox"/> 資格を取得して就労したい <input type="checkbox"/> 現在の業務に役立てたい <input type="checkbox"/> 介護・障がいについて学びたい <input type="checkbox"/> 高齢者・障がい者（児）を支援したい <input type="checkbox"/> 地域の役に立ちたい <input type="checkbox"/> その他（ ）	
本研修をお知りになったきっかけ(複数可)	<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研修に関する目的以外に使用いたしません。