

# 平成 30 年度 行動援護従業者養成研修 受講申込書

平成 30 年 月 日

社福) 藤沢育成会  
理事長 石川 修 殿

所在地  
名称  
代表者氏名  
電話番号  
F A X

印

法人とりまとめ 担当者氏名	ふりがな		
メールアドレス	@		
電話番号		F A X	
施設又は事業所名			
事業所住所	〒		

- 上記取りまとめ担当者については、こちらから確認のご連絡等をさせて頂く場合がございますので、法人全体の研修者等を把握している方を記載してください。
- 受講者詳細情報(生年月日、勤務年数等)は受講決定通知後に改めて登録をお願いする流れになります。
- 受講決定通知は申し込みを頂いた取りまとめ担当者へ一括して送信します。個人への通知は行いませんので、ご注意ください。
  - ※1 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
  - ※2 証明内容を訂正する場合は、二重線で消した上、証明者(代表者)の印を押すこと。

○**受講申し込み者一覧** (受講の優先順位の順に、氏名の記載をしてください)

優先 順位	受講者名	優先 順位	受講者名
1		5	
2		6	
3		7	
4		8	

※受講者欄が足りない場合は、本確認書をコピーして複数枚提出してください。

○**今後の予定**

受講申込書(郵送) 受付締切	9月30日(日)
受講決定通知(FAX) 送付予定	10月5日(金)

○**申し込み書類確認** ※□に✓を記入してください。

- 申込書に法人代表者印を押しましたか
- 法人から複数の受講者申し込みをする場合、法人内優先順位を全員分記載しましたか
- 申込書に記入漏れなく、全ての必要項目に記入しましたか
- 提出する申込書は原本ですか(コピー等での申し込みは出来ません)

# 平成30年度 行動援護従業者養成研修 受講申込書 【記入見本】

平成30年 ○月 ○日

社福) 藤沢育成会  
理事長 石川 修 殿

所在地 神奈川県○○市○○町○-○  
名称 社会福祉法人 ○▽□会  
代表者氏名 ○○ ○○  
電話番号 0000-00-0000  
F A X 0000-00-0001

印

法人とりまとめ 担当者氏名	ふりがな しょうなん はなこ 湘南 花子		
メールアドレス	f f - f f f f @ g g g . com		
電話番号	0000-00-0000	F A X	0000-00-0005
施設又は事業所名	○○ヘルパーステーション		
事業所住所	〒123-4567 ○○市○○町○-○ □□号		

- 上記取りまとめ担当者については、こちらから確認のご連絡等をさせて頂く場合がございますので、法人全体の研修者等を把握している方を記載してください。
- 受講者詳細情報(生年月日、勤務年数等)は受講決定通知後に改めて登録をお願いする流れになります。
- 受講決定通知は申し込みを頂いた取りまとめ担当者へ一括して送信します。個人への通知は行いませんので、ご注意ください。  
 ※1 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。  
 ※2 証明内容を訂正する場合は、二重線で消した上、証明者(代表者)の印を押すこと。

## ○受講申し込み者一覧 (受講の優先順位の順に、氏名の記載をしてください)

優先 順位	受講者名	優先 順位	受講者名
1	○山 ○○	5	
2	○田 ○○太	6	
3		7	
4		8	

※受講者欄が足りない場合は、本確認書をコピーして複数枚提出してください。

## ○今後の予定

受講申込書(郵送)受付締切	9月30日(日)
受講決定通知送付予定	10月5日(金)ごろ

## ○申し込み書類確認 ※□に✓を記入してください。

- 申込書に法人代表者印を押しましたか
- 法人から複数の受講者申し込みをする場合、法人内優先順位を全員分記載しましたか
- 申込書に記入漏れなく、全ての必要項目に記入しましたか
- 提出する申込書は原本ですか(コピー等での申し込みは出来ません)