

第11回視覚障害者ガイドヘルパー

フォローアップ研修申込書

<登録用>

研修日:平成29年10月14日(土) 9:00~16:30

場所:JR新宿駅「新南改札」を出た所 AM9:00集合

(入金確認後、資料送付時に集合場所図面を送付します)

ふりがな	昭和 年 月 日生 歳 男女
氏名	
郵便番号	〒
住所	
連絡先電話番号 (携帯電話)	≪必ず記載願います≫

※上記項目は、保険加入の関係上、全て記入願います。

現況について	
現在お持ちの資格	ヘルパー1・2・3級 介護福祉士
現在のお仕事	1.会社員(職種)、2.アルバイト 3.パート 4.その他
健康状態	1.良好 2.治療、通院中()
この研修をどこで知りましたか? (1.区役所 2.職安 3.学校 4.友人 5.インターネット 6.その他)	
詳しく記入できる方は下の欄に	
他事業者で修了証書取得の場合→ どちらの事業者の養成研修を受講されましたか?	

今回の研修で、質問、確認したいことがありましたら、お書きください。

参加資格:視覚障害者ガイドヘルパー養成研修修了者
先着順とします。定員約40名

FAXの場合は、03-3200-0608 まで

(24時間受付のコンビニからでも可)

※この度は、お申込みありがとうございます。

※申込みが10名を下回る場合は中止とします。

9/13(水)に事務局より開催有無を判断、連絡いたします。実施の場合は受講料振込み依頼も同封郵送します。

※キャンセルの場合は、研修日含む6日前までは返金手数料除く全額返金、それ以外は3,000円と返金手数料がかかります。また、研修日当日、連絡無く不参加および研修の途中キャンセルは受講料の返金はいしません。

※お申込みはFAX又は郵便で、本状を送ってください。

本状提出により「受講希望登録者」とします。

〒169-0072 東京都新宿区大久保3-14-20
社会福祉法人 東京ヘレン・ケラー協会
ガイドヘルパー養成研修事業事務局
TEL 03-3200-0525 FAX03-3200-0608