

106回 受講申込書

2024年 月 日

開催名・日程	同行援護従業者養成研修 一般課程および応用課程 32時間 9月21日(土)、22日(日)、28日(土)、29日(日)	
ふりがな 氏名		性別
		男・女
生年月日・年齢	西暦	年 月 日 歳
ふりがな ご住所	〒	
電話番号	携帯	自宅 ※携帯電話をお持ちでない方は自宅番号を必ずご記入ください
E-mail	@ @thka.jpから受信できるように設定をお願いいたします	

下記、該当項目に○またはご記入をお願いいたします。

ご職業	①会社員(職種:) ②アルバイト ③パート ④その他()
健康について	①良好 ②治療または通院中 ③その他: 配慮が必要な場合()
お持ちの資格	①ホームヘルパー(1・2)級 ②介護職員初任者研修 ③実務者研修 ④介護福祉士 ⑤認定介護福祉士 ⑥その他()
お申込みの きっかけ	①チラシ(イ. 職安 ロ. 学校 ハ. 区役所 ニ. その他) ②事業所 ③友人 ④当協会ホームページ ⑤その他()

7月17日(水)より受付開始(開始日前申込無効)

FAX送信先 03-3200-0608

<お申し込み方法>

- FAX、郵送またはお電話にてお申し込みください。
- 申し込み受領後、E-mailにて受け取り通知および受講案内を送信いたします。
定員超過の際は、キャンセル待ちのご案内をいたします。

<キャンセルについて>

- キャンセルされる際は、必ず事務局までご連絡ください。
- 《研修初日の5日前》振込手数料を差し引いた受講料を返金いたします。
 - 《上記以外》キャンセル料10,000円と振込手数料を差し引いて返金いたします。

<補講について>

期間中に参加できなくなった場合、次回研修に補講参加していただきます。
補講料: 10,000円(講義演習共。1時間でも講義に参加できない場合も同様)

<お申込みにあたって>

- 学則はホームページに公開しておりますので事前にご確認ください。
- 保険加入の都合上、住所、氏名、生年月日、電話番号は正確にご記入ください。
- 東京都からの通知により、初回講義時のみ「本人確認」をさせていただきます。
公的証明書(健康保険証、運転免許証など)のご提示をお願いいたします。

お申込みの際し、不明な点などございましたら下記事務局までお問い合わせください。

(福) 東京ヘレン・ケラー協会
同行援護従業者養成研修事務局
03-3200-0525

※本書は、本研修に関する事項のみ使用いたします※