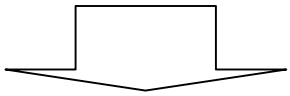

※NPO 法人シンフォニー　　FAX：06-6412-8444

移動支援従業者養成講座申込フォーム

フリガナ 氏名		生年月日 昭和・平成　　年　　月　　日	性別：　　男・女
ご住所	（〒　　－　　）		
電話番号	TEL： 携帯：	FAX：	
Email			
職業	□会社員　□介護職員　□学生　□自営業　□パート・アルバイト □無職　その他（　　）		
保護者 署　名	※１８歳未満の方は、必ず保護者の実筆サインと押印をお願いします。 ㊞		
受　講 動　機	※受講動機について該当するものにチェックをお願いします。 □介護関係の就職に結び付けたい　□介護事務に従事しており、仕事に生かしたい □介護関係の資格を取りたい　□社会貢献活動に生かしたい（ボランティア等） □家族等の介護に生かしたい　□　その他（　　）		
備　考	※健康状態等で、受講等へのご希望がございましたら、お書き下さい。		

※本人確認を行いますので、本人と確認できるもの（運転免許、パスポート、健康保険証等）をご持参下さい。

※ご記入いただいた個人情報については、当研修以外の目的には使用しません。

申込方法：

- ホームページから URL：http://npos.cc「イベント・セミナー」から
- 電話でお申込の際は、上記のフォームと同項目をお伝えください。
- FAX でお申込の際は、FAX 後から３日以内に連絡がない場合、お手数ですが、電話でご確認ください。
- Email でお申込の際は、件名を「移動支援従業者養成講座はの申込」とし、yao@npos.cc まで、本文に上のフォームと同項目をご記入の上、ご送信下さい。

受付日	
受付番号	