

# kirakiraカレッジ 【行動援護従事者養成研修】

## 受講申込書

下記の必要事項をご記入の上、FAX送信にてお送りください。 申込日 年 月 日

|  |   |          |     |   |     |
|--|---|----------|-----|---|-----|
| 受講希望<br>コース  | 【行動援護】 令和 年度 第 回コース                                   |          |     |   |     |
| 割引利用   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | シリアルナンバー | No. |   |     |
| ふりがな   | 生年月日  |          | S・H | 年 | 月 日 |
| 氏名   | 性別  | 男・女      | 年齢  | 歳 |     |
| 現住所  | 〒   |          |     |   |     |
| 電話   | ( )   | 携帯電話     | ( ) |   |     |
| E-mail   |   |          |     |   |     |
| ※下記の項目をホームページでご確認いただいたら、レ点を入れてください。<br><input type="checkbox"/> 利用規約 <input type="checkbox"/> プライバシーポリシー |   |          |     |   |     |

|     |      |     |     |     |  |
|-----|------|-----|-----|-----|--|
| 勤務先 | 会社名  |     |     |     |  |
|     | 事業内容 |     |     | 役職  |  |
|     | 住所   | 〒   |     |     |  |
|     | 電話   | ( ) | FAX | ( ) |  |

※太枠は必ずご記入ください。

※法人割引をご利用の方は、勤務先もご記入ください。

|       |     |   |    |  |
|-------|-----|---|----|--|
| 事務使用欄 | 受付日 | / | 担当 |  |
|       | 入力日 | / |    |  |
|       | 備考  |   |    |  |

NPO法人キラキラ/kirakiraカレッジ

**FAX:048-423-6751**

TEL:048-423-6750