2019 同行援護従業者養成研修講座(一般・応用課程)通学
受講申込書

この度は当会主催の従業者養成研修講座の申込み有難うございました。受講決定の折には連絡させていただきます。

申込締切り：令和元年 9 月 21 日（土）

申　込　日	令和　　年　　月　　日	
氏　名(ﾌﾘｶﾞﾅ)		
生　年　月　日	昭和・平成　　年　　月　　日　　歳	
現　住　所 （書類送付先）	（〒　　）	
連絡電話・FAX 番号	☎ 携帯・スマホ	FAX
ガイドヘルプの経験年数	年　か月　　未経験	
ホームヘルプの経験年数	年　か月　　未経験	
障害のある方との関わり	・ある　　年　　・ない	
所　属（事業所）	住所： 所属・事業所名 ☎　　FAX	
緊急連絡先 （携帯電話等）		
「同行援護従業者養成 研修テキスト第3版」 定価税込(2,592 円)	□ 購入する　　□購入しない ＊テキストは、事業所などから ご持参いただいてもかまいません。	
備　考		

＊本状の個人情報は、本研修に関する使用のみとさせていただきます。

申込先：NPO法人障害者自立支援センターオアシス事務局　小島紀代子宛

☎・FAX:025-267-8833

HP：http://userweb.www.fsinet.or.jp/aisuisin/　メール：aisuisin@fsinet.or.jp

主催：〒950-2072 新潟県新潟市西区松美台 3 番 20 号有明福祉会館分館2F

新潟県視覚障害者のリハビリテーションを推進する会

NPO 法人障害者自立支援センターオアシス　代表理事　山田幸男