

# 令和7年度 同行援護従業者養成研修(一般課程)受講申込書

申込日:令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	昭・平 年 月 日 (満 歳)		
住所	〒 -		
電話番号	※日中連絡が可能なもの		
勤務先	※勤務先がある場合のみ		
受講配慮の有無 (有・無)	【配慮が必要な理由】		
受講料について	受講料:30,000 円(テキスト代含む) 受講料は2月6日(金)までに口座へお振り込をお願いします。  琉球銀行 樋川支店 口座番号 普通 075807 口座名義 社会福祉法人沖縄県視覚障害者福祉協会 会長 知花光英		
社会福祉法人沖縄県視覚障害者福祉協会 会長 様  上記の通り申し込みます。 研修の際には実施機関の指示に則り、受講することに同意します。  令和 年 月 日 (氏名) _____			

【 問い合わせ連絡先 】

〒900-0014

沖縄県那覇市松尾 2-15-29

社会福祉法人沖縄県視覚障害者福祉協会 担当:屋部

TEL:098-863-2997 FAX:098-863-2555

E-mail:m-yabu@okishikyo.net