

平成29年度 視覚障害者移動支援従事者(同行援護従業者)資質向上研修
(視覚障害当事者の部) 申込票

社会福祉法人 日本盲人会連合団体事務局 アドレス jim@jfb.jp

都道府県名: 担当者氏名:

氏名	生年月日	住所	電話番号	携帯電話番号	メールアドレス	所属事業所・団体	全日・講義のみ	使用文字
	S・H 年 月 日						全日・講義のみ	
	S・H 年 月 日						全日・講義のみ	
	S・H 年 月 日						全日・講義のみ	
	S・H 年 月 日						全日・講義のみ	
	S・H 年 月 日						全日・講義のみ	
	S・H 年 月 日						全日・講義のみ	
	S・H 年 月 日						全日・講義のみ	
	S・H 年 月 日						全日・講義のみ	
	S・H 年 月 日						全日・講義のみ	
	S・H 年 月 日						全日・講義のみ	
	S・H 年 月 日						全日・講義のみ	
	S・H 年 月 日						全日・講義のみ	
	S・H 年 月 日						全日・講義のみ	
	S・H 年 月 日						全日・講義のみ	
	S・H 年 月 日						全日・講義のみ	
	S・H 年 月 日						全日・講義のみ	
	S・H 年 月 日						全日・講義のみ	
	S・H 年 月 日						全日・講義のみ	

※人数が多い場合はシートを追加してください。

※開催地については、別紙1-3の日程表を確認してご記入ください。

※ここに記載された文字が修了証等に反映されますので、登録される氏名の文字の間違いいにはご注意ください。

※住所は受講決定通知の送り先となります。

※こちらに記載された住所・電話番号・メールアドレスに連絡がいく場合がありますので、必ず連絡のつくものとしてください。