**大阪市視覚障害者福祉協会居宅介護事業部「きぼう」**

**FAX:**０６－６７６５－２９９９　　　２０２０年９月７日締め切り

**E-mail:daishikyo-kibou@aioros.ocn.ne.jp**

**令和２年度同行援護従業者養成研修申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **住　所** | **〒** |
|  |  |
| **電話番号** |  |
| **生 年 月 日** | **年　 月　 日** |
| **課程名** | いずれかに○　　一般課程・応用課程・両方 |
| **書類を送付可能なメールアドレスがあれば、ご記入ください** |
| **備考・質問等があればご記入ください** |

**※本票到着後、１０日以内にご連絡をさしあげます。届かない場合は「きぼう」事務所までお問い合わせください。℡：０６－６７６５－２７７７**