

## 知的障害者ガイドヘルパー講座 受講申込書

(10月・11月・12月) 必ずご希望コースに○をお願いします。

※これらの情報は講座に関する連絡と、本講座の広報の効果の把握、応募者多数の場合の選考に使用いたします。

個人情報保護法に基づき、これらの情報は当法人で責任を持って管理いたします。

・楷書でわかりやすくご記入願います

ふりがな

- ・氏名：\_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- ・性別（男・女） ・年齢（ \_\_\_\_\_ 歳）
- ・住所：（〒 \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_
- ・電話：\_\_\_\_\_ ・FAX：\_\_\_\_\_
- ・携帯電話：\_\_\_\_\_ ・資格等：\_\_\_\_\_
- ・メールアドレス  
\_\_\_\_\_

受講可否をメールで行いますので、必ず御記入下さい。

(FAXなどで申し込んでいただいた後、 manabo@sousen.lifesupport.or.jp まで  
名前・受講希望コースを入れてメールを送って下さい)

- ・職業・学校名：\_\_\_\_\_ ・希望コース（○で囲んでください）：(10月 11月 12月 )
- ・どこで（誰から）この講座を知りましたか（○で囲んでください）  
紹介（ \_\_\_\_\_ さん）  
大阪府HP ・ じらふHP ・ 住吉総合福祉センターHP ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）
- ・志望動機：

- ・資格取得後、当法人でガイドヘルパーとして活動したいと考えておられますか？

はい                      いいえ                      考え中                      その他（ \_\_\_\_\_ ）

- ・いつから、どこでガイドヘルパーとして活動したいと考えておられますか？

\_\_\_\_\_ 月頃～ \_\_\_\_\_ 活動予定地域 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 区

- ・連絡の取れる時間帯：\_\_\_\_\_（携帯 ・ 自宅）

・ 申込締切:10月コース 9月25日(水)11月コース 10月23日(水)12月コース 11月27日(水)

↓ FAX 住吉総合福祉センター **06-6678-7573**

☆番号をよくお確かめの上、お送り下さい☆