受講申込書

記入年月日	年　　月　　日	
	※受講希望の番号を○で囲んでください。 1.　一般課程のみ希望 2.　応用課程のみ希望 3.　一般課程と応用課程　両課程希望	
フリガナ 氏　　名		
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日	性別　　男　・　女
自宅住所	〒 電話番号 E-mail	
勤務先住所	勤務先名 職種 〒 電話番号	
希望の連絡先	自宅　・　勤務先　・　携帯電話（　　）	
お持ちの資格 (応用課程の場合)	1. 同行援護従業者養成研修一般課程 2. その他（　　）	

受講申込書は必要事項をもれなく記入の上、(公財)宮城県視覚障害者福祉協会事務局へ送付してください(郵送もしくはFAX)

〒983－0836
宮城県仙台市宮城野区幸町四丁目6－2　宮城県障害者福祉センター内
公益財団法人　宮城県視覚障害者福祉協会
FAX　022－293－9135