

令和7年度同行援護従業者養成研修受講申込書

社会福祉法人海老名市社会福祉協議会

会 長 前 田 洋 子 殿

下記のとおり申し込みます。

申込日	令和 年 月 日（ ）		
フリガナ			性別 女性 ・ 男性
氏名			
生年月日	S ・ H 年 月 日（ 歳）		
電話（自宅・携帯）			
Eメール	@		
住所	（〒 — ）		
職業			
資格	資格名		取得年月日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
個人情報関係	☐ 以下の行為に対し同意します。 ・ご記入いただいた個人情報は、上記研修の利用目的のみに使用いたします。 ・本研修では、記録および広報目的で写真や動画を撮影する場合がございます。撮影された写真や動画は、当社のウェブサイトやSNS、その他の広報媒体に使用される可能性があります。撮影を希望されない場合は、事前にお知らせください。		
備考			
受付日		受付番号	担当者