

新潟医療福祉大学 公開講座

令和8年9月 同行援護従業者養成研修 一般・応用課程(通学形式)研修申込書

申込〆切：令和8年6月15日(月)必着

フリガナ 氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日生
	性別	男 ・ 女			
自宅住所 *保険に必要な情報です。住所は必ず、勤務先ではなく自宅住所を記入してください。 受講についての書類等を郵送します。 〒 —					
本人の電話番号 *保険に必要な情報です。必ず勤務先ではなく自宅または携帯・スマートフォンを記入 してください。できるだけ、日中連絡の取れる電話番号を記入してください。 TEL () □自宅 □スマートフォン E-mail アドレス ※できる限りご自身のアドレスをお書きください。					
勤務先 介護事業所に所属している方は、勤務先と勤務先住所をご記入ください。 勤務先名称： _____ 勤務先住所： _____					
□に✓をお願いします。 ★応募者多数による抽選で落選した場合、キャンセル待ちを希望しますか？ □はい □いいえ					

※申込書は1人につき1枚ご記入下さい。

※できるだけ、E-mailにて送信してください。

郵送の場合は、封筒に「同行援護従業者養成研修 申込書在中」と朱記してください。

【問い合わせ・送付先】

新潟医療福祉大学社会連携推進課

〒950-3198 新潟市北区島見町 1398 番地

E-mail shakairenkei@nuhw.ac.jp

事務局記入欄	受付日		受付番号		受付者	
--------	-----	--	------	--	-----	--