

# ☆ 大阪 東部 会場 ☆

※他会場・日程はトップページ、全会場カレンダーをご覧ください。



「福祉有償運送講習」の修了証は、当日講習後にお渡しいたします。

日	時	4/7(土) ※9:30~19:00 (時間厳守)	
会	場	寝屋川市立市民会館 (寝屋川市秦町41番1号)	<a href="#">会場ホームページ</a> >>
参	加	費	16,000円 (テキスト代含む) ※申込受付後、振込先をご案内いたします。
定	員	15名程度 ※参加者3名以下、または定員超過後お申込みの方は次回順延となります。	

※お申込みはFAXにてお願いいたします。 **FAX 072-483-1855**

## ----- 申 込 用 紙 -----

参加日	<input type="checkbox"/> 4/7(土)		
法人名			適性診断 3,000円 <input type="checkbox"/> 希望する
事業所	<input type="checkbox"/> 訪問介護事業 <input type="checkbox"/> 居宅介護事業(自立支援) <input type="checkbox"/> その他 事業所名 _____ 担当者名 ( _____ ) 〒 _____ 住所: TEL ( _____ ) - _____ FAX ( _____ ) - _____		セダン講習 3,500円 (介護資格者不要)  <input type="checkbox"/> 受講する
乗降事業許可	<input type="checkbox"/> 4条許可(一般旅客)78条 <input type="checkbox"/> 43条許可(特定旅客)78条 <input type="checkbox"/> 79条登録(運営協議会) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定		

### 参加者

**お願い!** 修了証作成の為、氏名・生年月日は確認の上、楷書体での記入をお願いいたします。

※個人申込みの方：下記のみ記入ください。

FAXがある場合は記入してください。無い方は郵送にて申込・入金の確認事項を返信いたします。

ふりがな					ふりがな						
氏名	(男・女)				氏名	(男・女)					
生年月日	西暦	年	月	日	歳	生年月日	西暦	年	月	日	歳
住所	〒 _____				住所	〒 _____					
携帯電話					携帯電話						
電話					電話						
FAX					FAX						
介護資格 ※○を付ける	ヘルパー2級	ヘルパー1級	基礎研修	初任者	介護資格 ※○を付ける	ヘルパー2級	ヘルパー1級	基礎研修	初任者		
	介護福祉士	実務者	看護師	( )受講中		介護福祉士	実務者	看護師	( )受講中		
	総合支援資格( )		その他( )			総合支援資格( )		その他( )			

個人情報保護法に基づき提供された個人情報は、その目的以外の用途には使用いたしません。

NPO法人 全国移動サービスネットワーク  
 関西STS連絡会

### ■お問い合わせ先

NPO法人 フクシライフ  
 TEL 072-486-0855

大阪府泉南市男里5丁目6-17