

資格取得支援申請

記入日 年 月 日

氏名	
フリガナ	
住所	〒
生年月日	年 月 日
年齢	満 歳
会員種別	正会員 (団体 ・ 個人) 賛助会員 (団体 ・ 個人) 会員未登録
所属している福祉等に係る団体がある場合、団体名をご記入ください。	
取得希望資格名	
受講に必要な費用	
申請額	
研修詳細情報のURL (スケジュール、内容、費用等)	
研修詳細情報のPDFなど (スケジュール、内容、費用等)	あり (メールに添付または郵送で送付) ・ なし
研修期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日
資格取得予定時期	年 月 ごろ
現在就労していますか？ (内職等含む)	はい ・ いいえ
「はい」の場合、具体的な仕事内容	
資格取得後に働く業種や会社名、希望する仕事内容	

<p>資格取得を希望する理由</p>	
<p>資格取得後の予定（生活の変化など）について</p>	
<p>ご希望の連絡手段</p>	<p><input type="checkbox"/>電話を希望 <input type="checkbox"/>メールを希望 <input type="checkbox"/>どちらでもよい</p> <p>(Email: _____)</p> <p>(TEL: _____)</p>

上記記載内容に誤りがなく、記載情報等は審査のためにブリッジネットワーク役員及び必要な関係者で共有することに同意します。（ はい ・ いいえ ）

【問い合わせ及び送付先】

ブリッジネットワーク事務局 担当楠元宛
 Email: bridgenetwork.jimu@gmail.com
 住所: 〒885-0017 宮崎県都城市年見町30-1-2
 TEL: 080-4094-5132

事務局記入欄