

令和 2 年度 同行援護従業者養成研修応用課程 受講申込書

令和 年 月 日 申込

| | | | |
|--------------------------------|--|----|-----|
| フリガナ | | 性別 | 男・女 |
| 氏 名 | ④ | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 | 満 | 歳 |
| 現住所 | 〒 - | | |
| 携帯電話（必須） | | | |
| 電話番号 | () - | | |
| メールアドレス（必須） | | | |
| 保有資格 (該当に○印) | 1. 介護福祉士 2. 訪問介護員（ホームヘルパー）養成研修 1 級 3. 訪問介護員（ホームヘルパー）養成研修 2 級 4. 視覚障害者移動介護従業者養成研修（ガイドヘルパー養成研修） 5. 同行援護従業者養成研修一般課程 | | |
| 視覚障害者移動介護 (ガイドヘルパー) 職務経験 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（過去・現在） 職務経験がある場合の所属機関名等： 職務経験がある場合、その年数： 年 ヶ月 | | |
| 職 業 | | | |
| 勤 務 先 | | | |
| 電話番号 | () - | | |

(受講希望者の記入上の注意)

1. この申込書は、必ず本人が記入してください。
2. 記載事項の不備や提出された書類に不足等があった場合は受理できません。
3. 希望講座、申込み日付及び上記表の太枠の中の部分のみ記入してください。
4. □の部分は該当する項目にレ点を入れ、() の部分は該当する項目に○をつけてください。
5. 緊急連絡先として、携帯番号・メールアドレスは必須とさせていただきます。

[公益社団法人 静岡県視覚障害者協会 記入欄]

| 申込書 受付日 | 資格名称 | 資 格 確認者 | 受 講 決定日 |
|------------|---|------------|------------|
| | <input type="checkbox"/> 1. 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 2. 訪問介護員（ホームヘルパー）養成研修 1 級 <input type="checkbox"/> 3. 訪問介護員（ホームヘルパー）養成研修 2 級 <input type="checkbox"/> 4. 視覚障害者移動介護従業者養成研修 | | |