

(別紙)

令和2年度石川県同行援護従業者養成研修(一般課程・応用課程)

受講申込書

記入日 年 月 日

| | | | | |
|------------------|---|---|---------|-----------------------------|
| フリガナ 氏名 | 姓 | 名 | 年齢 歳 | 希望のグループ A B どちらでも可 |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| 自宅 | 郵便番号 住所 電話番号() - | | | |
| 勤務先 | 勤務先名 職種 郵便番号 住所 電話番号() - ファクス番号() - | | | |
| 希望の連絡先 | 自宅・勤務先 | | | |
| お持ちの資格 (福祉関係) | ア. 旧居宅介護従業者養成研修1級課程(旧ホームヘルパー1級) イ. 旧居宅介護従業者養成研修2級課程(旧ホームヘルパー2級) ウ. 介護職員実務者研修 エ. 介護職員初任者研修課程 オ. 介護福祉士 カ. 上記以外() キ. 特になし | | | |
| 受講後の予定 | ア. 現に同行援護従業者として業務に従事している イ. すぐに同行援護従業者として業務に従事する ウ. 来年度同行援護従業者として業務に従事する予定 エ. 将来同行援護従業者として業務に従事したい オ. 今のところ同行援護従業者として業務に従事する予定はない | | | |
| 受講の動機 | | | | |
| 備考 | (事業所名) (優先順位 番/ 人中) | | | |

※1 申込書は、必要事項を本人がもれなく楷書で記入のうえ9月25日(金)必着で石川県視覚障害者協会へ送付のこと
(FAXでも可 076-222-1821)

※2 年齢は、申込み日現在で記入のこと

※3 一つの事業所から複数人申込み場合は、備考欄に受講希望の優先順位を必ず記載のこと