

(別紙)

平成29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

平成 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 イ. 旧居宅介護従業者養成研修2級課程 ウ. 介護職員初任者研修課程 エ. 介護福祉士 オ. 上記以外 () カ. 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10月31日(火)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