

(別 紙)

令和4年10月5日必着

宛先：社会福祉法人石川県視覚障害者協会
(FAX 076-222-1821) 行

令和4年度 石川県代筆・代読従事者養成研修 受講申込書

令和 年 月 日

フリガナ			年齢
氏 名	姓	名	歳
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
自 宅	郵便番号 住 所 電話番号 () ー		
勤 務 先	勤務先名 職 種 郵便番号 住 所 電話番号 () ー		
希望の連絡先	自宅 ・ 勤務先		
お持ちの資格	ア 旧居宅介護従事者養成研修課程 (1級・2級) イ 介護職員初任者研修課程 ウ 実務者研修課程 エ 介護福祉士 オ 同行援護従事者養成研修 カ 相談支援従事者初任者研修 キ 上記以外 () ク 特になし		
終了後の予定	ア 現に代筆代読業務に従事している、またはすぐに従事する イ 今後1年以内に代筆代読業務に従事する予定がある ウ 将来代筆代読業務に従事したい エ 今のところ予定はない		
受講の動機			
備 考	※事業所で複数名申込む場合に必ずご記入下さい。 人数調整が必要になった場合の優先順位 (優先順位 番／ 人中)		