

(別紙)

令和6年11月29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6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 氏名	姓	名	年齢 歳
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 ( ) -		
メールアドレス			
希望の連絡先	・ 自宅 ・ 勤務先 ・ メール ※※必ずご記入ください		
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)		