

(別紙)

応用

令和7年度石川県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

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 () —		
希望の連絡先	自宅 ・ 勤務先		
修了した研修名 および年度	平成・令和 () 年度に行われた () 主催の () 養成研修を修了		
保有の資格	ア 居宅介護従業者養成研修2級課程(ホームヘルパー2級) イ 居宅介護従業者養成研修1級課程(ホームヘルパー1級) ウ 介護職員初任者研修課程 エ 介護職員実務者研修課程 オ 介護福祉士 カ 上記以外 () キ 特になし		
受講の動機			
備 考	(事業所名) (優先順位 番 / 人中)		

※1 12月10日(水)必着で石川県視覚障害者協会へ送付のこと
(FAX 076-222-1821)

※2 一つの事業所から複数人申込む場合は、備考欄に受講希望の優先順位を必ず記載してください。

※3 修了証明書等の写しも同時に送付してください。