

宛先：〒920-0862 金沢市芳斉1-15-26

金沢市視覚障害者協会（FAX222-1831）行

令和7年度 金沢市同行援護従業者養成研修【一般課程】受講申込書

申込者(個人・事業所)氏名または名称:

フリガナ		
氏名	姓	名
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
自宅	郵便番号 住 所 電話番号	
勤務先	名 称 職 種 郵便番号 住 所 電話番号 FAX 番号	
希望の連絡先	自宅・勤務先 (受講の可否通知の送付先になります)	
お持ちの資格等	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	
修了後の予定	ア 現に同行援護業務に従事している、またはすぐに従事する イ 今後1年以内に同行援護業務に従事する予定がある ウ 将来同行援護業務に従事したい エ 今のところ予定はない	
受講の動機		
優先順位	※事業所で複数名申込む場合は必ずご記入下さい。 人数調整が必要になった場合の優先順位 (番/ 人中)	

受講希望者本人が楷書でもれなく記入のこと

(10月24日金曜日 必着)