

(別紙)

令和4年1月11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3年度 同行援護従事者等技能向上研修 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 ( ) -		
希望の連絡先	自宅 ・ 勤務先		
お持ちの資格	ア 同行援護従事者養成研修一般課程 イ 平成20年度～23年度石川県視覚障害者移動介護 従業者養成研修修了 ウ 平成19年～23年度金沢市視覚障害者ガイドヘルパー 養成研修修了 エ 上記以外 ( ) オ 特になし		
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)		