

(別紙)

令和3年度石川県同行援護従業者養成研修(一般課程・応用課程)

受講申込書

記入日 年 月 日

フリガナ 氏名	姓	名	年齢 歳	希望のグループ A B どちらでも可
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() - ファクス番号() -			
希望の連絡先	自宅・勤務先			
お持ちの資格 (福祉関係)	ア. 旧居宅介護従業者養成研修1級課程(旧ホームヘルパー1級) イ. 旧居宅介護従業者養成研修2級課程(旧ホームヘルパー2級) ウ. 介護職員実務者研修 エ. 介護職員初任者研修課程 オ. 介護福祉士 カ. 上記以外() キ. 特になし			
受講後の予定	ア. 現に同行援護従業者として業務に従事している イ. すぐに同行援護従業者として業務に従事する ウ. 来年度同行援護従業者として業務に従事する予定 エ. 将来同行援護従業者として業務に従事したい オ. 今のところ同行援護従業者として業務に従事する予定はない			
受講の動機				
備考	(事業所名) (優先順位 番/ 人中)			

※1 申込書は、必要事項を本人がもれなく楷書で記入のうえ6月21日(月)必着で石川県視覚障害者協会へ送付のこと

(FAXでも可 076-222-1821)

※2 年齢は、申込み日現在で記入のこと

※3 一つの事業所から複数人申込み場合は、備考欄に受講希望の優先順位を必ず記載のこと