

(別紙)

令和5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<br>氏名       | 姓   | 名 | 年齢<br>歳 | 希望のグループ<br>A<br>B<br>どちらでも可 |
| 生年月日             | 昭和・平成   | 年 | 月       | 日                           |
| 自宅               | 郵便番号<br>住所<br>電話番号( ) -   |   |         |                             |
| 勤務先              | 勤務先名<br>職種<br>郵便番号<br>住所<br>電話番号( ) -<br>ファクス番号( ) -  |   |         |                             |
| 希望の連絡先           | 自宅・勤務先  |   |         |                             |
| お持ちの資格<br>(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)<br>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)<br>ウ. 介護職員実務者研修<br>エ. 介護職員初任者研修課程<br>オ. 介護福祉士<br>カ. 上記以外( )<br>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<br>イ. すぐに同行援護従業者として業務に従事する<br>ウ. 来年度同行援護従業者として業務に従事する予定<br>エ. 将来同行援護従業者として業務に従事したい<br>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)<br><br>(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4月24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