

平成30年11月13日(火)

同行援護従業者 リフレッシュ研修 申込書

フリガナ		男 ・ 女	年齢
氏名			歳
住所	〒		
電話番号 ※必須	※定員を超えた場合には ご連絡いたします。		
所属先			

◆ 実務経験の有無について(○をしてください)

無 ・ **有** ←有に○をした方は経験年数・経験内容をご記入ください
経験年数 約()年
経験内容 ()

◆ 下記の資格をお持ちの方は□にチェックしてください

- 同行援護従業者養成研修 一般課程
- 同行援護従業者養成研修 応用課程
- 視覚障害者移動支援従業者養成研修
- 視覚障害者外出介護従業者養成研修
- 東京都重度視覚障害者ガイドヘルパー研修
- その他の視覚障害者ガイドヘルパーに関する資格
()

研修受講にあたり、当事者の方に聞いてみたいこと、同行援護の現場で困っていること、相談したいこと、この機会に聞いてみたいこと、などがあればご記入ください。

--

※ご記入いただいた情報は同行援護従業者リフレッシュ研修の運営にのみ使用し、他の目的では使用いたしません。

FAX : 042-540-2012 社会福祉法人幹福社会まで