同行援護従業者養成研修受講申込書

記入日：　　年　　月　　日

受講希望日 **※必須**	一般課程	月　　日,　　日,　　日	応用課程	月　　日,　　日	
フリガナ					
氏名					
住所	〒				
携帯電話		電話番号			
生年月日	年　　月　　日生			歳	
緊急連絡先 フリガナ		続柄			
緊急連絡先 氏名		電話番号			
所属事業所 事業所名	※事業所に所属している方はご記入ください。		承認印		
所属事業所 住所	〒		印		
所属事業所 電話番号					
受講決定通知郵送先	□受講生住所　□事業所住所　□その他[　　]				
テキスト	□購入希望(テキスト代2,640円(税込)申込)　□購入しない(持っている) ※使用テキスト：同行援護従業者養成研修テキスト 第4版				

1　一般課程お申し込みの方（科目免除確認用）

□ 視覚障害者外出介護（移動介護）従業者養成研修課程の修了者
□ 平成23年10月1日以降に実施した視覚障害者移動支援従業者養成研修の修了者
□ 介護福祉士、介護保険法上の訪問介護員、介護職員初任者研修課程の修了者・実務者研修修了者(修了予定者)
旧東京都障害者（児）ホームヘルパー養成研修の１級・２級・３級、訪問介護員養成研修の１級・２級・３級、その他

□ 科目免除を希望する → **※該当の資格証の写しを添付してください**
□ 全科目受講する（科目免除を希望しない）

2　応用課程お申し込みの方（受講資格確認用）**※該当の資格証の写しを添付してください**

□ 同行援護従業者養成研修一般課程修了者（　　年　　月　　日修了、又は修了予定）
※ 本申込書にて一般課程と応用課程を同時に申込む場合には予定日をご記入ください（資格証は不要）
□ 平成23年9月30日までに視覚障害者移動支援従業者養成研修課程、視覚障害者移動支援従業者養成研修、視覚障害者移動支援従事者資質向上研修を修了した方

3　視覚障害者（児）の介護に関する経験

□ 介護経験無し
□ 介護経験有り　→　経験年数：約　　年　　ヶ月、内容[　　]

※本部記入欄（備考）	入金	入力	郵送

※本研修申込書の提出をもって、下記の個人情報の取り扱いに同意したものといたします。

- 社会福祉法人幹福祉会は「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、個人情報を取り扱います。
- 研修申し込みに際して得た個人情報は、研修申し込みに伴う書類発送など、研修の開催・運営を目的として用い、この利用目的の範囲を超えて、個人情報を取り扱うことはいたしません。

※消せるボールペン、鉛筆、シャープペンシル等でのご記入はご遠慮ください。