

# 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	〒				
日中ご連絡がとれる 電話番号		生年月日	年 月 日生( 歳)		
連絡先 緊急	フリガナ	続柄			
	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必ずご記入ください。		承認印	
	住所	〒		印	
	電話番号				
受講決定通知 郵送先	<input type="checkbox"/> 受講生住所 <input type="checkbox"/> 事業所住所 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
テキスト	<input type="checkbox"/> 購入希望(テキスト代2,640円(税込)申込) <input type="checkbox"/> 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				
領収証宛名	<input type="checkbox"/> 受講生氏名 <input type="checkbox"/> 事業所名 <input type="checkbox"/> その他 [ ] ※受講料は研修初日に現金にてお支払いください。				
<b>1 一般課程お申し込みの方（科目免除確認用）</b> <input type="checkbox"/> 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、又は視覚障害者移動支援従業者養成研修の修了者(平成23年10月1日以降) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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  <input type="checkbox"/> 科目免除を希望する → <u>※該当の資格証の写しを添付してください</u> <input type="checkbox"/> 全科目受講する（科目免除を希望しない）					
<b>2 応用課程お申し込みの方（受講資格確認用）</b> <u>※該当の資格証の写しを添付してください</u> <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 視覚障害者移動支援従業者養成研修課程(平成23年9月30日まで)、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					
<b>3 視覚障害者（児）の介護に関する経験</b> <input type="checkbox"/> 介護経験無し <input type="checkbox"/> 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。
- ・研修申し込みの際に得た個人情報は、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。