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（西暦）	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必ずご記入ください。		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				
領収証宛名	□受講生氏名　□事業所名　□その他[　　] ※受講料は研修初日に現金にてお支払いください。				

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、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

□ 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）

□ 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

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。