

＜行動援護従業者養成研修受講申込書＞

事業所名 _____ 担当者名 _____
 〒 _____ 電話番号 _____
 住所 _____ FAX 番号 _____

*行動援護サービスの実施状況 (該当する番号に○をつけ、下線に記入してください)
 (1) 平成_____年 _____月から実施している (2) 令和_____年から実施する予定である
 (3) その他 (_____)
 ※ 必ず 受講希望者本人が自筆で記入してください。(開講時公的証明書等で本人確認します。)
 特に、氏名と生年月日は修了証明書に記載されるので、楷書で正確に記入するようお願いいたします。

受講希望者 氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日		
				S・H	年	月
自宅住所	〒 _____	現職名		現職の経験年数		
連絡先	TEL _____			年 ヶ月		
知的障がい者・児、精神障がい者の直接支援業務の経験年数 () 年 *参考資料：実施要綱の「5. 受講対象者」をご覧ください						
○をつけてください	施設・事業種別	職種		経験年数		
知・児・精				年 ヶ月		
知・児・精				年 ヶ月		
知・児・精				年 ヶ月		
取得済みの資格 (○をつけてください)	(ア) 介護福祉士 (イ) ヘルパー1級 (ウ) ヘルパー2級 (エ) 知的障害者移動支援従業者養成講座修了 (オ) 該当資格なし (カ) その他 ()					
受講目的						
その他						

*記入方法で不明な点は、042-493-4821 竹野へご連絡ください。
 不在の場合は、お名前、ご用件、連絡先を留守番電話にいらしてください。折り返しご連絡いたします。

*受講料の振込先：「東京みらい農業協同組合 清瀬支店 普通 0021782
 社会福祉法人 清瀬わかば会 ガイドヘルパー養成事業 理事長 富永 健太郎」
 へお願いします。

*申込書郵送先：〒204-0023 清瀬市竹丘1-11-1-102 社会福祉法人清瀬わかば会