

2018年度「第1回知的障害者ガイドヘルパー養成研修課程」

申込票

年 月 日

フリガナ 氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (西暦 年)
		性別	男・女
住所	(〒 -)		
電話番号		FAX番号	
携帯番号		職業	

①受講を希望された動機についてお書き下さい。

②現在まで、福祉に関する活動経験があればお書き下さい。

③修了後、具体的にどのような活動及び仕事に就きたいかお書き下さい。

④現在お持ちの資格があれば、該当する番号を丸印で囲んでください。

1、訪問介護員2級養成研修課程修了	2、介護職員初任者研修課程修了	3、介護福祉士	4、同行援護
5、全身性障害者ガイドヘルパー	6、日常生活支援従業者	7、その他()	

上記に該当する資格を現在お持ちの方は、終了年月日と研修実施機関をご記入ください。(欄が不足する場合は裏面をご使用ください)

資格番号	終了年月日	研修実施機関

実習については原則6時間以上のサービスとなります(場合によって短くなる事もあります) 実習可能の日に○印、実習不可の日に×印をお願いします(※ご記入頂いた日の中から事務局にて実習日時、場所を決めさせていただきますので複数の候補日の記入をお願いします)

5月(実習期間は5/14～5/26)

日	月	火	水	木	金	土
一	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26