

2018年度「第2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 | | メール | |
| 所属 | | 職業 | |

①受講動機を教えてください。 ※複数チェック可

スキル向上 仕事の為 興味があった 知人の紹介 その他()

②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ください。

③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() | |

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) また、男性はプールのサービスの場合がございます。あらかじめご了承ください。

1月(実習期間は1/18~1/30)

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | | | |