2020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、全身性障害者ｶﾞｲﾄﾞﾍﾙﾊﾟｰ　6、日常生活支援従業者　7、その他（　　）

④実習可能日をお知らせ下さい。

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）実習可能の日に〇印、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。

2月(実習期間は2/8～2/28)

月	火	水	木	金	土	日
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

・実習決定連絡後の変更は原則お受けしておりません。
※やむを得ない事情(インフルエンザ、急な法事など)をのぞく

・上記の可能日を参考に調整させて頂き、後日連絡させて頂きます。
都合の変更がある場合は速やかに電話にてお知らせ下さい。(0466-28-0909ヘルパー部署まで)

・なお、受講生都合で終了日までに実習が組めない場合は、
修了証をお渡し出来ないことがございますのでご了承ください。