

## 2024年度 行動援護従業者養成研修 受講申込書

2024年 月 日

担当者氏名(法人とりまとめ)

電話番号

メールアドレス

FAX

フリガナ			
氏名 ※和暦・西暦両方記入	生年月日 男・女 昭和・平成 (西暦 年 月 日 歳)		
住所			
職名/優先順位 ※該当の職種に○	1、サービス提供責任者 2、ヘルパー 3、生活支援員	4、日中活動支援員 5、その他( )	受講優先順位
事業所の所在地			
施設又は事業所名 ※種別に○	1、居宅介護( ) 2、施設入所 3、生活介護 4、その他( )		
就業期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 月間)		

受講決定通知は申し込みを頂いた取りまとめ担当者へ一括して送信します。  
個人への通知は行いませんので、ご注意ください。

- ※1 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
- ※2 就業期間欄は、2024年7月31日において実務経験被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
- ※3 証明内容を訂正する場合は、二重線で消した上、証明者(代表者)の印を押すこと。