

2024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		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (西暦 年)
氏名		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 紹介 その他()

②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()

③実習可能日をお知らせ下さい。

※別の記入シートタブに記載をお願いいたします。

- ・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。