平成３０年度同行援護従業者養成研修
受講申込書

社会福祉法人 高松市社会福祉協議会

	受 付	平成　　年　　月　　日	受付番号	

受講希望課程に○印のこと	１．　一般課程２０時間　　２．　一般課程（免除講習）６時間 ３．　応用課程 注）　免除講習は、該当する資格証明書のコピーを提出のこと		
フリガナ		性　別	確　認
※　氏　　名		女　・　男	
※ 生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日　（　　）歳 注）　氏名及び生年月日を証明できるもの（運転免許証、健康保険証など）を提示のこと		
住　　所	（〒　　－　　） 番地 （電話　　－　　）携帯電話（　　）		
勤務先名			
介護職員経験年数	経験年数（　　）年		
介護関係取得資格	・ 介護職員初任者研修（旧ヘルパー２級） ・ 介護福祉士実務者研修（介護職員基礎研修課程修了） ・ 介護福祉士 ・ 介護支援専門員 ・ 社会福祉士 ・ 正看護師 ・ 准看護師 ・ その他（　　）		
テキスト	【　　】購入する　【　　】購入しない（既に持っている） 中央法規出版㈱発行「同行援護従業者養成研修テキスト第３版」を使用。		
摘　　要			

※印の箇所は修了証明書に記載しますので、間違えないように記入してください。

受講者の個人情報（氏名、住所、電話番号等）は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認等の範囲内で使用いたします。