

# 平成30年度 全身性障害者移動支援従業者 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	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護福祉士</li> <li>・ 正看護師</li> <li>・ 准看護師</li> <li>・ 介護職員実務者研修</li> <li>・ 介護職員初任者研修</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害者居宅介護従業者基礎研修</li> <li>・ その他 ( )</li> <li>( )</li> <li>( )</li> <li>( )</li> </ul>			
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(株)発行「ガイドヘルパー研修テキスト(全身性障害編)第2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。