

平成29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"> ・ 介護福祉士 ・ 障害者居宅介護従業者基礎研修 ・ 正看護師 ・ その他 () ・ 准看護師 () ・ 介護職員実務者研修 () ・ 介護職員初任者研修 () 			
テキスト	<p>【 】購入する 【 】購入しない(既に持っている)</p> <p>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。</p>			
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。