

中山同行援護従業者養成研修 応用課程

申込書

年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女
名前		生年月日	昭和 年 月 日 平成 (才)
住所	〒		
自宅電話		FAX	
携帯電話		緊急連絡先	
職業		職場連絡先	
所属事業所または 所属ボランティア 団体			
受講の動機 (複数可)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同行援護の仕事に就きたい ・ ボランティアとして活動したい ・ 介助技術を高めたい ・ その他 () ・ 業務上この資格を必要とするため ・ 障害者福祉について勉強したい ・ 家族介護のため 		
研修を何で 知りましたか (複数可)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所への案内 ・ ホームページ (ホームページ名) ・ ちらし (設置場所) ・ 紹介 (紹介者) ・ その他 () ・ 神戸アイライト協会からのメール 		
今まで視覚障害者 との係わりはあり ましたか (複数可)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族にいる ・ 友人・知人にいる ・ 介助講座を受けた ・ ボランティアをした ・ 仕事で係わった ・ その他 () 		
福祉関係の資格 はありますか (複数可)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 移動支援 (取得事業所 取得年月日) ・ 同行援護一般 (取得事業所 取得年月日) ・ 同行援護応用 (取得事業所 取得年月日) ・ その他 () 		
その他 (連絡しておき たいこと、視覚障 害について思う ことなど)			