

平成 27 年度 視覚障害ガイドヘルパー養成研修 一般課程 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<br>平成 ( 才 ) |
| 住 所                                            | 〒                                                                                                                                                                                                          |                     |                      |
| 自宅電話                                           |                                                                                                                                                                                                            | FAX<br>( 自宅 ・ 事業所 ) |                      |
| 携帯電話                                           |                                                                                                                                                                                                            | 緊急連絡先               |                      |
| 携帯電話<br>メールアドレス                                |                                                                                                                                                                                                            | 職場連絡先               |                      |
| 職 業                                            |                                                                                                                                                                                                            |                     |                      |
| 所属事業所または<br>所属ボランティア<br>団体                     |                                                                                                                                                                                                            |                     |                      |
| 受講の動機<br>(複数可)                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 同行援護の仕事に就きたい</li> <li>・ ボランティアとして活動したい</li> <li>・ 介助技術を高めたい</li> <li>・ その他 ( )</li> <li>・ 業務上この資格を必要とするため</li> <li>・ 障害者福祉について勉強したい</li> <li>・ 家族介護のため</li> </ul> |                     |                      |
| 研修を何で<br>知りましたか<br>(複数可)                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業所への案内</li> <li>・ ホームページ (ホームページ名 )</li> <li>・ ちらし (設置場所 )</li> <li>・ 紹介 (紹介者 )</li> <li>・ その他 ( )</li> <li>・ 神戸アイライト協会からのメール</li> </ul>                         |                     |                      |
| 今まで視覚障害者<br>との係わりはあり<br>ましたか (複数可)             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族にいる</li> <li>・ 友人・知人にいる</li> <li>・ 介助講座を受けた</li> <li>・ ボランティアをした</li> <li>・ 仕事で係わった</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>                                               |                     |                      |
| 福祉関係の資格<br>はありますか<br>(複数可)                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 視覚障害移動支援 (取得事業所 取得年月日 )</li> <li>・ 同行援護一般 (取得事業所 取得年月日 )</li> <li>・ 同行援護応用 (取得事業所 取得年月日 )</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>                                           |                     |                      |
| その他<br>(連絡しておき<br>たいこと、視覚障<br>害について思う<br>ことなど) |                                                                                                                                                                                                            |                     |                      |