

知的障害者移動支援従業者養成研修 受講申込書

申し込み日：平成 年 月 日

受講希望者	フリガナ		性別	男 ・ 女
	名前		年齢	才
			生年月日	昭和 ・ 平成 年
	郵便番号	〒 —		
	住所			
	連絡先	電話	FAX	
		日中連絡が取れる連絡先(勤務先、携帯など)		
希望回	第1回:平成26年8月30(土) 第2回:平成26年9月27(土) 第3回:平成26年12月6日(土) 第4回:平成27年1月24日(土) 第5回:平成27年3月7日(土) いづれかに○をして下さい。 ※各研修3日間です。			
職業	下記の番号に○をして下さい。また、必要事項を必ず記載して下さい。 1. 会社員 2. 公務員 3. 学生 (学校名:) 4. 福祉関係 → 具体的に記載して下さい。 介護保険施設 ・ 障がい者入所施設 ・ 障がい者通所施設 ・ 居宅介護事業所 勤務先での職種 () 5. その他 → 具体的に記載して下さい ()			
アンケート	どこで研修を知りましたか	1. ポスター(場所) 2. チラシ(場所) 3. 東京都福祉保健局のホームページ 4. 同愛会のホームページ 5. 知人、職員の紹介 6. その他() ※番号に○をつけて下さい		
	ガイドヘルパーの資格取得後、ガイドヘルパー仕事に就きたいとお考えですか？ 1. ぜひやってみたい 2. 考えていない			