

平成30年度 昭島市 知的障害者(児)ガイドヘルパー養成研修 受講申込書

申込日	平成 年 月 日
(フリガナ) 氏名	
生年月日など	S・H 年 月 日 ( 歳) 男・女
住所	〒 -
電話番号	携帯 自宅 FAX
E-mail	
職業 (学校・学年)	
勤務先 (住所)	
受講動機	
障害者にかかわった 経験	ない・ある (具体的に )
他に持っている 福祉関係の資格	ヘルパー2級・介護職員初任者研修・実務者研修・介護福祉士 その他 ( )

- ※ 個人情報のお取り扱いについて  
ご提供頂いた個人情報は、研修の円滑な遂行の目的以外には使用いたしません。
- ※ 昭島市以外にお住まいの方は、職業と勤務先(住所)を必ずご記入ください。
- ※ 全カリキュラムを修了された方に、修了証明書を発行します。  
講義の振替は行いません。遅刻・欠席された場合、修了認定はできませんので、ご了承ください。
- ※ 実習日について  
実習は10月27日～12月9日の土曜日・日曜日・祝日のいずれか1日を予定しています。  
実習日は、10月15日まで上記連絡先へお知らせ致します。  
お仕事でどうしてもご都合のつかない日がありましたら、下記予定表に×印をご記入下さい。
- ※ 10月28日(日)と12月9日(日)は、ウイズの余暇活動「サロン」(グループワーク)を行います。  
マンツーマンで支援しながら、グループで楽しむ内容です。
- ※ 実習当日の交通費、食費等は自己負担になります。

10月	27(土)	28(日)				
11月	3(土)	4(日)	10(土)	11(日)	17(土)	18(日)
	23(祝)	24(土)	25(日)			
12月	1(土)	2(日)	8(土)	9(日)		

【申込先・お問い合わせ先】

特定非営利活動法人 在宅福祉サービスウイズ

〒196-0004 昭島市緑町4-15-23

電話 042-544-1782 FAX 042-544-3878

担当：金澤、丹羽

※事業所記入

担当者印		受付日	
------	--	-----	--