

令和4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                | 年 月 日  |
| (フリガナ)<br>氏 名      |  |
| 生年月日など             | 年 月 日 ( 歳)                                     |
| 住所                 | 〒 ー  |
| 電話番号               | 携帯 自宅 FAX                                      |
| E-mail             |  |
| 職業<br>(学校・学年)      |  |
| 勤務先<br>(住所)        |  |
| 受講動機               |  |
| 障害者福祉に関わった<br>経験   | ない・ある (具体的に )                                  |
| 他に持っている<br>福祉関係の資格 | ヘルパー2級・ヘルパー1級・介護職員初任者研修・実務者研修・介護福祉士<br>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。

※ 実習に伴い連絡することがありますので、必ず携帯電話の番号をご記入ください。

※ 実習日について

実習は11月3日～12月11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。

12月3日、4日、10日、11日は実習予備日とさせていただきますのでご了承ください。

当日の交通費、食費等は自己負担になります。

実習先(ウイズヘルパーステーション)と相談後、10月7日までに上記連絡先へお知らせ致します。

実習希望日は、下記予定表に2つ以上○印をご記入下さい。

|   |        |       |         |       |       |
|---|--------|-------|---------|-------|-------|
| 11月                                     | 3(木・祝) | 5(土)  | 6(日)    | 12(土) | 13(日) |
|   |        |       |         |       |       |
|   | 19(土)  | 20(日) | 23(水・祝) | 26(土) | 27(日) |
| ※12月3日(土)、4日(日)、10日(土)、11日(日)は予備日になります。 |        |       |         |       |       |

【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：丹羽、長尾

※事業所記入欄

|      |  |     |  |
|------|--|-----|--|
| 担当者印 |  | 受付日 |  |
|------|--|-----|--|