

令和6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) 氏 名	
生年月日など	昭和・平成 年 月 日 (歳)
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	
障害者福祉に関わった 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・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 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10月20日・10月27日・11月10日のいずれか1日を予定しています。

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、可能な日にちすべてに○をつけてください。

10月20日(日) ・ 10月27日(日) ・ 11月10日(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4-1 5-2 3

電話 042-544-1782 FAX 042-544-3878

担当：小野、長尾

※事業所記入欄

担当者印		受付日	
------	--	-----	--

----- 切り取り線 -----

【本人控え】

※選択した実習日を変更する場合は、必ず在宅福祉サービスウイズまで連絡を
お願い致します。(TEL:042-544-1782)

～ 実習日 ～ ※上記で選択した実習日と同じものに○をつけてください。

10月20日(日) 10月27日(日) 11月10日(日)