＜行動援護従業者養成研修受講申込書＞

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿

〒＿＿＿＿＿＿　電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX 番号＿＿＿＿＿＿＿＿

＊行動援護サービスの実施状況　（該当する番号に○をつけ、下線に記入してください）

（１）平成＿＿＿年　＿＿＿月から実施している　（２）平成＿＿＿年から実施する予定である

（３）その他（　　）

※　必ず　受講希望者本人が自筆で記入してください。（開講時公的証明書等で本人確認します。）

特に、氏名と生年月日は修了証明書に記載されるので、楷書で正確に記入するようお願いします。

受講希望者 氏　　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	性別	男・女	生年月日 S・H　年　月　日
自宅住所 連絡先	〒 TEL	現職名		現職の経験年数 年　ヶ月

知的障がい者・児、精神障がい者の直接支援業務の経験年数　（　　）年

＊参考資料：実施要綱の「５．受講対象者」をご覧ください

○をつけてください	施設・事業種別	職種	経験年数
知・児・精			年　ヶ月
知・児・精			年　ヶ月
知・児・精			年　ヶ月

取得済みの資格 (○をつけてください)	（ア）　介護福祉士　（イ）　ヘルパー１級　（ウ）ヘルパー２級 （エ）　知的障害者移動支援従業者養成講座修了　（オ）該当資格なし （カ）その他（　　）
受講目的	
その他	

＊記入方法で不明な点は、０４２－４９３－４８２１　竹野へご連絡ください。

不在の場合は、お名前、ご用件、連絡先を留守番電話にいれてください。折り返しご連絡いたします。

＊受講料の振込先：「東京みらい農業協同組合　清瀬支店　普通　００２１７８２

社会福祉法人　清瀬わかば会　ガイドヘルパー養成事業　理事長　緒志　嘉彦」

へお願いします。

＊申込書郵送先：〒２０４－００２３　清瀬市竹丘１－１１－１―１０２　社会福祉法人清瀬わかば会