

# 令和元年度 同行援護従事者養成研修 受講申込書

※確認欄は記入しないでください

社会福祉法人所沢市社会福祉協議会長 様

確認欄※	整理番号	
	受 付	

標記養成研修の受講を申込みします。

申込日：令和 年 月 日

フリガナ 氏名		男 ・ 女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
住 所	〒 -			
連 絡 先	自宅： ( )		携帯： ( )	
勤 務 先 ※勤務先がある方は必ず 記入してください	勤務先名			
	所在地	〒 - 電話： ( )		
テキスト 申込の有無	同行援護従事者養成研修テキスト第3版 中央法規出版株式会社発行 価格2,400円(税別) ※どちらかに○をつけてください。 申込する ・ 申込しない (※自己調達の方)			
介護関係 取得資格等	介護保険事業・障害福祉サービス事業の経験		経験年数 ( ) 年	
	介護・障がい・医療分野での 資格取得状況  ※該当する番号に○をつけてください。		1 介護福祉士 2 訪問介護員初任者研修等修了者 3 介護職員基礎研修修了者 4 介護支援専門員 5 看護師・准看護師 6 ガイドヘルパー (全身性・視覚障がい・知的) 7 その他 ( )	

\* この受講申込者の個人情報（氏名・住所・電話番号等）は、本会の研修に関する通知等の送付及び研修実施に関する連絡、研修受講に伴う本人確認等の範囲で利用させていただきます。また、ご提供いただきました個人情報は本会個人情報保護規程により厳重に管理し、上記目的以外には使用しません。

《申込み・問合せ先》

社会福祉法人所沢市社会福祉協議会（企画総務課）

住所 〒359-1112 所沢市泉町1861-1 所沢市こどもと福祉の未来館3階

電話 04-2926-8202 FAX 04-2925-3419