

# 令和5年度 全身性障害者移動支援従業者 養成研修受講申込書

社会福祉法人 高松市社会福祉協議会

	受 付	令和 年 月 日	受 付 番 号
フリガナ			性 別 (任意)
※ 氏 名			確 認
※ 生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳		
	注) 氏名及び生年月日を証明できるもの(運転免許証、健康保険証など)を提示のこと		
住 所	(〒 - ) 番地 (電話 - ) 携帯電話 ( )		
勤務先名			
介護職員 経験年数	経験年数 ( ) 年		
介護関係 取得資格 (必須)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護福祉士</li> <li>・ 正看護師</li> <li>・ 准看護師</li> <li>・ 介護職員実務者研修</li> <li>・ 介護職員初任者研修</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害者居宅介護従業者基礎研修</li> <li>・ その他 ( )</li> <li>( )</li> <li>( )</li> <li>( )</li> </ul>		
テキスト	【           】購入する   【           】購入しない(既に持っている) 中央法規出版(株)発行「ガイドヘルパー研修テキスト(全身性障害編)第2版」を使用。		
摘 要			

※印の箇所は修了証明書に記載しますので、間違えないように記入してください。

受講者の個人情報(氏名、住所、電話番号等)は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認等の範囲内で使用いたします。