

# 令和5年度同行援護従業者養成研修 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	
受講希望 課程に○ 印のこと	1. 一般課程 20時間                      2. 一般課程（免除講習）6時間  3. 応用課程  注）免除講習は、該当する資格証明書のコピーを提出のこと		
フリガナ		性別（任意）	確 認
※ 氏 名			
※ 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	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">・ 介護職員初任者研修（旧ヘルパー2級）</li> <li style="width: 50%;">・ 社会福祉士</li> <li style="width: 50%;">・ 介護福祉士実務者研修</li> <li style="width: 50%;">・ 正看護師</li> <li style="width: 50%;">（介護職員基礎研修課程修了）</li> <li style="width: 50%;">・ 准看護師</li> <li style="width: 50%;">・ 介護福祉士</li> <li style="width: 50%;">・ その他（                      ）</li> <li style="width: 50%;">・ 介護支援専門員</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「同行援護従業者養成研修テキスト第4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。