

# 令和6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>・ 介護職員初任者研修（旧ヘルパー2級）</li> <li>・ 介護福祉士実務者研修</li> <li>（介護職員基礎研修課程修了）</li> <li>・ 介護福祉士</li> <li>・ 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。