

視覚障害者同行援護従業者養成研修受講申込書

受講希望コース (希望コースに○ を付けて下さい)	一般課程5月期コース 一般課程6月期コース 応用課程コース
	一般課程補講研修5月期コース 一般課程補講研修6月期コース

フリガナ			性 別	男 女
氏 名				
生年月日	年 月 日	年齢	歳	
自宅住所	〒 ー			
電話番号	()			
現在の勤務先	所属先名称	(事業所にあつては法人名も記入してください)		
	住 所	〒 ー		
	電話番号	()		
	職 種			

◎以下は、一般課程補講研修コースの受講希望者、視覚障害者移動支援従業者資質向上研修修了者、応用課程コースの受講希望者のみ記入してください。

資格の種類等 (該当番号に○ を付けて下さい)	1 視覚障害者移動支援従業者養成研修修了者 (実働年数 年/事業所名) 2 視覚障害者移動支援従業者養成研修修了予定者 (研修名 /修了予定日 月 日) 3 視覚障害者移動支援従業者資質向上研修修了者 4 同行援護従業者養成研修一般課程修了者
※募集要領11に該当する方(上記3)で、応用課程の修了証明書を希望しますか？(する・しない)	

※上記資格を証する修了証書等の写しを添付してください。

※今回知り得た個人情報、申込みのあった研修会以外に使用することのないよう管理を行います。