

(様式第1号)

同行援護従業者養成研修受講申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人北上市社会福祉協議会

会長 斎藤 伸 様

平成30年度同行援護従事者養成研修の受講について、次のとおり申し込みます。

① 申込者	(フリガナ) 氏名					
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
	(フリガナ) 現住所及び 電話番号	〒 ー Tel () ー				
② 所属機関 (法人名及び勤務 先の名称等)	名称					
	所在地及び 電話番号	〒 ー Tel () ー				
	職名					
③ 受講申込課程	<input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修・一般課程 <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修・応用課程 <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修・一般課程、応用課程					
④ 取得している 資格 注※1、注※2	資格等	取得年月日(修了年月日)				
	ア <input type="checkbox"/> 介護福祉士	年 月 日				
	イ <input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修課程修了者	年 月 日				
	ウ <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了者	年 月 日				
	エ <input type="checkbox"/> 居宅介護従業者養成研修1級課程修了者	年 月 日				
	オ <input type="checkbox"/> 居宅介護職員初任者研修修了者	年 月 日				
	カ <input type="checkbox"/> ホームヘルパー養成研修1・2級課程修了者	年 月 日				
	キ <input type="checkbox"/> 看護師	年 月 日				
ク <input type="checkbox"/> 准看護師	年 月 日					

該当する項目の□にレ印を付すこと。

応用課程受講希望者記入欄 ④得している資格 注※3	資格等		取得年月日(修了年月日)		
	ア <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修一般課程を修了した者		年	月	日
	イ <input type="checkbox"/> 一般課程相当の研修を修了した者		年	月	日
	ウ <input type="checkbox"/> 今回一般課程を同時に受講する予定の者		年	月	日
⑤介護関係勤務歴 (勤務先及び業務内容等)	勤務期間			勤務先及び業務内容	
	年	月	～	年	月
	年	月	～	年	月
	年	月	～	年	月
	年	月	～	年	月

該当する項目のにレ印を付すこと。

- ※1 取得している資格の修了証書や登録証の写しを提出してください。その際、現在の氏名のものを提出ください（結婚等で姓が変わっている方は現在の姓の修了証書または登録証。または、姓が変わったことが分かる書類として戸籍抄本等）。
- ※2 視覚障害の実務経験（直接処遇）が1年以上あることの実務経験証明書を添付すること。
- ※3 ホームヘルパー養成研修2級課程修了者については、3年以上の実務経験のあることの実務経験証明書を添付すること。