

# 受講申込書

同行援護従業者養成研修 
{
 一般課程  
 応用課程
 
 の受講を希望します。

フリガナ		性 別	男 女	年 齢			
氏名							
フリガナ							
住所	〒 —						
電話	( ) —			写 真 (横3.5cm×縦4cm) スナップ写真可 必ず貼付けして ください			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 西 暦 年						
勤務先 もしくは 学校名	TEL  【呼び出し 可・不可】						
職 種 あてはま るものに ○	1.主婦 2.家事手伝い 3.学生 4.会社員(福祉分野以外) 5.自営業 6.農業 7.パート職員(福祉分野以外) 8.公務員(福祉分野以外) 9.ホームヘルパー(正規職員) 10. ホームヘルパー(登録パート) 11.福祉施設の介護職員(正規職員) 12. 福祉施設の介護職員(登録パート) 13.看護婦 14.保健婦 15.病院の介護職員 16.教員 17.病院関係者 18.その他( )						
応用課程 のみ受講 者	・兵庫県指定の視覚障害者移動支援従業者養成研修課程の修了証書(コピー) または ・同行援護従業者養成研修一般課程の修了証書(コピー)						
免許資格	* 医療・福祉関係の資格をお持ちの方は記入して下さい。						
姫路心身 障害市民 懇話会	・会員である			・会員でない			
紹介者	所属			氏名			

【心身障害市民懇話会記入欄】

※ 修了証書用写真が別途必要ですので申請時に  
横 2.0cm×縦 2.5cm を1枚添付してください  
(裏面に氏名を記入のこと)

受付日	ご入金日	初回案内