

【島根県福祉人材センター行 FAX 0852-32-5956】※添書不要 **申込み〆切：平成30年4月6日（金）**  
**平成30年度 同行援護従業者養成研修（一般課程）受講申込書**

希望会場 ※〇で選択	松江会場	浜田会場
ふりがな	生 年 月 日	
申込者氏名	昭和・平成 年 月 日生	
申込者住所	〒 電話（ ） -	
申込者所属 ※書類送付先	法人名	
	事業所名	
	[所在地] 〒	
	申込担当者（ ）	
	【TEL】（ ） -	【緊急連絡先 FAX】（ ） -
受講資格 ※該当を〇で選択	①同行援護サービス従事予定者	
	②同行援護サービスを提供する事業所のサービス提供責任者配置予定者	
	③地域生活支援事業における「盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業」に従事する盲ろう者向け通訳・介助員	
所属事業所における同行援護の指定の有無 ※いずれかに〇	有 ・ 無 ※「無」は指定障害福祉サービス事業所に所属していない場合も含む	
【同行援護の指定「有」 の場合】 所属事業所における同行援護のサービス提供状況 ※1～3のうち該当を〇で囲み、（ ）内記入	1. 定期的に同行援護を提供している (所属における同行援護の従業者数 人) ※常勤換算数を記載	
	2. 申込日現在、従業者要件を満たしていないため、事業を休止している。 (所属における同行援護の従業者要件を満たしている者の数 人) ※常勤換算数を記載	
	3. その他（ ）	
【同行援護の指定「無」 の場合】 申込者の参加区分 ※4～7のうち該当を〇で囲む ※（ ）内記入	4. 申込日現在、同行援護を実施していないが、具体的に開始予定がある。 ( 年 月 日 事業開始予定)	
	5. 具体的な時期は未定だが、今後同行援護の実施を検討している。	
	6. 島根県盲ろう者通訳・介助員に登録している	
	7. その他（ ）	
同一所属から複数名申し込む場合の優先順位	人中 番目	所属事業所の視覚障がい者利用者数 名

※ この申込書に記入された個人情報、本研修以外の目的には使用しません。