【島根県福祉人材センター行き　FAX:0852-32-5956】添書不要

担当：江角

平成 30 年度障がい者(児)ホームヘルパーフォローアップ研修

受　講　申　込　書

受　講　課　程 〔該当を○で囲む〕 （複数受講可）	重症心身障がい課程 （〆切 10/18）	基礎課程 （〆切 11/12）	
	サービス提供責任者課程 （〆切 11/12）	精神障がい課程 （〆切 11/12）	視覚障がい課程 （〆切 12/17）

ふりがな				
申込者氏名				
経験年数	重症心身障がい	年	精神障がい	年
	視覚障がい	年	その他〔　　〕	年
所有資格 〔該当を○で囲む〕	（1）居宅介護職員初任者研修課程修了者 （旧ヘルパー１・２級） （2）介護福祉士 （3）その他（　　）		施設・居宅の別 〔該当を○で囲む〕 施　設　・　居　宅	
同行援護（一般課程）修了年月日 ※視覚障がい課程希望の方は必ずご記入ください。	同行援護（一般課程）　平成　　年　　月　　日　修了 ※修了証書に記載してある年月日をご記入ください。			
勤務先	法　人　名			
	施　設　名			
	所在地等	〒 ※緊急連絡先 電話（　　）　　－　　FAX（　　）　－		
備　　考				

■本研修の中で、学びたいこと、ぜひ聞いてみたいこと等あればご記入ください

※ 申込者が複数の場合は、本書をコピーしてご記入ください。（申込者１名につき１枚）

※ ホームヘルパーとしての『経験年数』は、平成 30 年 8 月 30 日現在でご記入ください。

※ この申込書に記入された個人情報は、本研修以外の目的に使用しません。