

2019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		性別	生年月日	
申込者氏名		男・女	昭和 平成	年 月 日生
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（ ）		【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。