

2019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)	精神障がい課程	基礎課程		
	重症心身障がい課程	視覚障がい課程		
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)		施設・居宅の別 〔該当を○で囲む〕	
	(2) 介護福祉士 (3) その他 ()		施設・居宅	
同行援護(一般課程) 修了年月日	同行援護(一般課程) 平成 年 月 日 修了			
※視覚障がい課程希望の方は必ずご記入ください。	※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	〒		
	電話 ()	—	※緊急連絡先 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31年4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、本研修以外の目的に使用しません。