

令和2年度 同行援護従業者養成研修（一般課程）受講申込書

選択箇所は○をお付けください

申込日：令和 年 月 日

希望会場		松江	浜田
ふりがな		性別	男・女
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
受講資格		1. 事業所に所属する同行援護サービス従事予定者	
		2. 1のうちサービス提供責任者配置予定者（今年度応用課程受講予定）	
		3. 盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業（島根県の地域生活支援事業）に登録している （書類送付先には所属団体か個人宅を記入。それ以下は記入不要）	
書類送付先	法人名		
	事業所名		
	申込担当者		
	事業所住所	〒	
	TEL		
	FAX	(緊急連絡はこちらへ一斉送信します)	
事業所の同行援護指定	指定有	1. 定期的に同行援護サービスを提供している（同行援護従業者常勤換算数 人）	
		2. 現在、同行援護サービスを休止している（同行援護従業者常勤換算数 人） 休止理由：①従業者要件を満たしていない ②その他の理由：_____	
	未指定	3. 具体的に同行援護サービス開始予定あり （事業開始予定日 年 月 日）	
		4. 時期は未定だが、同行援護サービス実施を検討中	
申込優先順位 （同一事業所から複数申込の場合）		人中 番目	事業所 視覚障がい者 利用者数

※頂いた個人情報には本研修実施のためのみに使用し、島根県社会福祉協議会の個人情報保護規定に基づき管理します。