

令和3年度

同行援護従業者養成研修(一般課程)受講申込書

浜田〆切 9/3

松江〆切 10/20

申込日：令和 年 月 日

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し、それ以下は記入不要。 上記登録証のコピーを申込書に添付してください）			
書 類 送 付 先	法 人 名				
	事 業 所 名				
	申 込 担 当 者				
	事 業 所 住 所		〒		
	T E L				
	F A X		(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	テキスト についての 注意事項	確認済 ・ まだ読んでない

※頂いた個人情報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。