

〆切 11/30(火)

令和3年度

同行援護従業者養成研修(応用課程)受講申込書

申込日：令和 年 月 日

ふりがな		性別	男・女
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生

必ず一般課程修了証のコピーを添付してください

(事業所所属でない方は島根県盲ろう者通訳・介助員登録証コピーも添付)

書 類 送 付 先	住所	〒
	TEL	
	FAX	
	(緊急連絡はこちらへ一斉送信します)	
	以下は盲ろう者通訳・介助者派遣事業(島根県の地域生活支援事業)登録者は記入不要	
	法人名	
	事業所名	
申込担当者		

サービス実施状況	同行援護指定有	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

サービス提供責任者配置予定	有(年 月より) ・ 無
---------------	----------------

申込優先順位 (同一事業所から 複数申込の場合)	人中 番目	事業所の 視覚障がい者 利用者数	名	感染症対策を (受講にあたって)	確認済・未確認
--------------------------------	----------	------------------------	---	---------------------	---------

※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。