

令和5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 〔該当に○を記入〕 (複数受講可)	基礎	精神障がい	サービス提供責任者	視覚障がい ※昼食弁当購入必須	重症心身障がい
				アレルギーの有無・内容 有 ・ 無 ( )	
ふりがな					
申込者氏名					
経験年数	精神障がい	年	サービス提供責任者	年	
	視覚障がい	年	重症心身障がい	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級・2級)			施設・居宅の別	
	(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	※視覚障がい課程希望の方は必ずご記入ください 同行援護 (一般課程) _____ 年 ____ 月 ____ 日 修了 ※修了証写を添付してください				
申込者の勤務先	法人名				
	事業所名				
	事業所住所 〒				
	事業所連絡先 電話 ( ) — FAX ( ) —				
申込担当者氏名	緊急連絡先 電話番号		( ) —		
	申込担当者 電話番号		( ) —		

■ 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

--

※ ホームヘルパーとしての『経験年数』は、令和5年9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は、本研修以外の目的に使用しません。