

社会福祉法人世田谷区社会福祉事業団

視覚障害者移動支援従業者(ガイドヘルパー)養成研修課程受講申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人世田谷区社会福祉事業団 世田谷区福祉人材育成・研修センターあて
視覚障害者移動支援従業者(ガイドヘルパー)養成研修課程を下記のとおり申込みます。

ふりがな		男・女	生 年 月 日	電話番号・連絡先
氏 名			昭和・平成 年 月 日()歳	() - () -
住 所	〒 -			職 業
勤務先、所属先の 名称および 住所	電話() -		勤務年数	年 ヶ月
日 程	平成23年10月24、25、26、27日(全4日) 申込期限9月30日必着			
今までに福祉や介護 の仕事、活動経験の ある方はご記入くだ さい。	活動経験: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 活動内容: []			
資 格	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了 <input type="checkbox"/> その他()			
受講希望の理由及 び資格取得の目的 をご記入下さい。				
アンケート	《この講習会はどこで知りましたか?》 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ・募集案内(場所) <input type="checkbox"/> その他() 《養成研修修了後の活動予定》 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパーとして従事 <input type="checkbox"/> 現在の仕事のレベルアップ <input type="checkbox"/> いずれ資格を活用する <input type="checkbox"/> その他()			