

令和元年度「知的障害者ガイドヘルパー養成研修課程」 申 込 書

申込日 令和元年 月 日

修了証書作成の基になりますので楷書でご記入お願い致します

| | | | |
|------|--------|------------------------|-----|
| ふりがな | | 生 年 月 日 | 性別 |
| 氏 名 | | 昭和・平成 年 月 日生 (年齢 歳) | 男・女 |
| 住 所 | (〒 -) | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| 携帯番号 | | 職業 | |

①受講された動機をご記入下さい

| |
|--|
| |
|--|

②現在までの福祉に関する活動及び経験をご記入ください

| |
|--|
| |
|--|

③現在お持ちの福祉関係の資格があればご記入下さい

| |
|--|
| |
|--|

④実習日にご希望日がありましたら○を付けて下さい(1日の実習です)
ご希望に添えない事もありますので、ご承知置き下さい

| | | |
|----------|----------|---------|
| 9/24 (火) | 9/28 (土) | 10/6(日) |
|----------|----------|---------|

④質問等があればご記入下さい

| |
|--|
| |
|--|

※ご記入いただいた個人情報は、養成研修に関する事項以外に使用いたしません。

個人情報は大切に管理し、第三者に提供することは一切ございません。

申し込み締め切り

令和元年8月19日(木)

郵送かFAXにて

右記宛先までお願いします

募集期間

令和元年8月5日(月)～令和元年8月19日(木)

送付先： 社会福祉法人 かながわ共同会
秦野精華園 居宅介護事業所
「養成研修」係 担当 丸山

〒257-0035

神奈川県秦野市本町3-9-36

TEL：0463-84-5744

FAX：0463-83-5855