

FAX 075-252-6312

京都府福祉人材・研修センター研修課（担当：浅見）

平成26年度 第2回行動援護従事者養成研修 参加申込書

| | | | |
|---|---|-------------------------------|--------------------------------|
| 法人名 | | | |
| 事業所名 | | | |
| 事業種別 | <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 事業所住所 | 〒 | TEL | |
| | | FAX | |
| 担当者名 | | | |
| きょうと福祉人材育成認証制度 <small>本研修の受講の可否に関係するものではありません。</small> | <input type="checkbox"/> 認証団体 | <input type="checkbox"/> 宣言団体 | <input type="checkbox"/> 未宣言団体 |

※優先順位の高い方から御記入願います。

| | | | | |
|----------------|--|--|--------------|-------|
| 第一希望者 | ふりがな | | 性別 | 男・女 |
| | 氏名 | | 生年月日 (西暦) | 年 月 日 |
| | 現在有する 関係資格 | <input type="checkbox"/> ホームヘルパー()級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師・医師 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | | 資格業務経験年数()年 | | |
| | 次の直接支援 業務内容 | <input type="checkbox"/> ホームヘルプ業務(知的・精神・身体) <input type="checkbox"/> 障害者施設(通所系、入所系) <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 直接支援業務経験年数()年 | | | | |
| テキスト斡旋 | <input type="checkbox"/> 購入を希望する <input type="checkbox"/> 個人で持っているので購入を希望しない | | | |
| 第二希望者 | ふりがな | | 性別 | 男・女 |
| | 氏名 | | 生年月日 (西暦) | 年 月 日 |
| | 現在有する 関係資格 | <input type="checkbox"/> ホームヘルパー()級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師・医師 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | | 資格業務経験年数()年 | | |
| | 次の直接支援 業務内容 | <input type="checkbox"/> ホームヘルプ業務(知的・精神・身体) <input type="checkbox"/> 障害者施設(通所系、入所系) <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 直接支援業務経験年数()年 | | | | |
| テキスト斡旋 | <input type="checkbox"/> 購入を希望する <input type="checkbox"/> 個人で持っているので購入を希望しない | | | |
| 備考 | 手話通訳等が必要な場合はその旨記入の上、事前に御連絡ください。 | | | |

※参加申込書に記載された個人情報、当研修の適正かつ円滑な実施及び修了証書交付、受講管理の目的のみに利用させていただきます。

◆申込期間 平成26年11月5日(水)午後5時までです。