

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1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ご記入願います。

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、事前にご連絡ください。			

※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5月16日(金)午後5時までです。