令和2年度　京都府同行援護従業者フォローアップ研修　受講申込書

受講会場 ※いずれかに〇印	10月15日（木） 北部会場	10月28日（水） 南部会場	10月11日（日） 中部会場①	11月1日（日） 中部会場②

（ふりがな）		性 別	男 ・ 女
受講申込者 氏　　名			
生 年 月 日	昭 和・平 成　　年　　月　　日		
受講申込者 住　　所	〒　　－		
連　絡　先 （日中連絡が可能なものを記入する）	（電話番号） 〈自　宅〉 〈携　帯〉		

事業所所属について	事業所所属の有無	有　・　無	
※事業所に所属している方	【事業所の所在地】	京都市　・　京都府内（　　市・町）・ その他（　　）	
	【所属事業所】 ※差し支えなければご記入ください	事業所名（　　）	
		同行援護　サービス提供の有無	有　・　無
※事業所に所属していない方	【研修受講後の予定】 ※いずれかに〇印	①事業所に所属を考えている　②いずれ資格を活用したい ③仕事としては考えていない　④未定	
受講配慮の有無	有・無	【 配慮が必要な内容 】 〔　　〕 （障害や健康状態など）	

公益社団法人　京都府視覚障害者協会　会長　様

上記のとおり申し込みます。
なお、研修受講の際には新型コロナウイルス感染症について、実施機関の指示に則り
感染拡大防止に務めることに同意します。

令和　　年　　月　　日

（受講申込者署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印