行動援護従業者養成研修申込書

ベテスダの家　研修担当　中西　　行き
年　　月　　日　提出

FAX：075−602−1724

研修の受講を希望します。

法人名	
事業所名	
事業種別	□行動援護　　□その他（　　）
事業所連絡先	電話　　FAX
事業所所在地	〒

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	年　月　日
	現在有する関係資格	□ホームヘルパー（　）級　□看護師・医師 □介護福祉士　□その他（　）		
		資格業務経験年数（　年）		
	次の直接支援業務内容	□ホームヘルプ業務（知的・精神・身体） □障害者施設（通所系、入所系）　□その他（　）		
		直接支援業務経験年数（　年）		
第二希望者	ふりがな		性別	男・女
	氏名		生年月日	年　月　日
	現在有する関係資格	□ホームヘルパー（　）級　□看護師・医師 □介護福祉士　□その他（　）		
		資格業務経験年数（　年）		
	次の直接支援業務内容	□ホームヘルプ業務（知的・精神・身体） □障害者施設（通所系、入所系）　□その他（　）		
		直接支援業務経験年数（　年）		
備考		受講に際して介護・通訳等の配慮が必要な方は事前にご相談ください		

修了証書等に記載するため、必ず楷書で記入願います。