

令和元年度京都府同行援護従業者養成研修 応用課程 受講申込書

〔受講会場 〈 中 部 〉〕

市町村名	(居住市町村名を記入すること)		
(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〉		
料金(資料代)区分	応用課程〔 円 〕		
テキスト購入の要否	〔 同行援護従業者養成研修テキスト (中央法規・税込2,590円)の購入を希望する ・ 希望しない 〕		
応用研修受講要件	<p>応用研修を申し込む者は、下記研修のうち修了したものに○印をつけ、修了証書の写しを添付すること。</p> <p>〔 同行援護従業者養成研修一般課程・京都市/京都府視覚障害者移動支援従事者養成研修・視覚障害者移動介護従事者養成研修・その他() 〕</p>		
応用研修修了後の役割	<p>応用研修を申し込む者は、今回応用研修を修了した後にサービス提供責任者となる予定について、該当するものを○で囲んでください。</p> <p>〔 ① 現にサービス提供責任者として勤務中 ② 今年度中に任用予定 ③ 来年度中に任用予定 ④ 未定 〕</p>		
受講配慮の有無	有・無	<p>【配慮が必要な内容】</p> <p>〔 (障害や健康状態など) 〕</p>	
<p>公益社団法人京都府視覚障害者協会 会長 様</p> <p>上記のとおり申し込みます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(受講申込者署名) _____ (印)</p>			

※ 公益社団法人京都府視覚障害者協会あて郵送により提出すること。