一 般 枠

# 令和元年度京都府同行援護従業者養成研修 {一般課程 / 応用課程} 受講申込書

受講会場 〈北 部 ・南 部 ・ 中 部 〉
（いずれかに〇印）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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<br>氏 名 | | | |
| 生 年 月 日 | 昭和・平成 年 月 日 | | |
| 受講申込者<br>住 所 | 〒 － | | |
| 連 絡 先<br>日中連絡が可能なものを記入する | （電話番号）<br>〈自 宅〉<br>〈携 帯〉 | | |
| 料金（資料代）<br>区 分 | 一般課程 ． 応用課程（ 円 ） | | |
| テキスト購入<br>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<br>希望する ・ 希望しない | | |
| 応 用 研 修<br>受 講 要 件 | **応用研修のみを申し込む者**は、下記研修のうち修了したものに〇印をつけ、修了証書の写しを添付すること。<br>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（ ） | | |
| 応用研修修<br>了後の役割 | **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、該当するものを〇で囲んでください。<br>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<br>③ 来年度中に任用予定 ④ 未定 | | |
| 受講配慮の<br>有無 | 有 ・ 無 | 【 配慮が必要な内容 】<br>〔 〕<br>（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。

令和 年 月 日

（受講申込者署名） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

※1 本受講申込をする課程について、表題の一般課程・応用課程を〇印で囲うこと。
（両課程受講の場合は、両方を〇で囲うこと。）

※2 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。