**同行援護従業者養成研修　　　　　　No.**

　　受講申込書

申込日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申込課程  (〇をつけてください) | **一般課程　　　・　　　応用課程** |
| ふりがな  氏名 |  |
| 生 年 月 日 | 西暦 　　 　 年（昭和・平成　　　 年） 　 月　 　 日（満　　 歳） |
| 住所 | 〒  電話：　　　　　　　　　　　　携帯： |
| 所属  (勤務先・学校等) | 電話：　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 介護・ボランティア  経　　　　　　　　験 |  |
| 資格  （取得済みの資格に〇） | （　 ）介護職員初任者研修（　　　　　年　　 月 　　日　）  （ 　）移動支援従業者（視覚・知的・全身性 　　　　　　　 　)  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） ・なし |
| この講座を  　何で知りましたか | （　　） 高槻ライフケア協会のホームページ （　　）ポスター広告等  （　　） 友人･知人からの紹介　　 　　　　　 （　　） 事業所からの紹介  （　　） その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 健康状態 |  |
| 申込理由・今後の希望 | （　　）同行援護従業者として働きたい  （　　）まずは資格が欲しい  （　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食物アレルギー | なし　・　あり　（　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 保護者の承認  (高校生のみ) | 氏名　　　　　　　　　　　 　　　　印　　 　続柄 |

　　※応用課程のみ申込の場合は、一般課程相当修了証の写しをご提出ください。

　※本人確認書類（運転免許証・健康保険証等）の写しをご提出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者記入 | ・一般課程相当修了証写し（　　　　　　　　　　　　　　　 　　）  ・本人確認書類の写し（運転免許証・健康保険証・その他　　　　　　） |

※個人情報は厳重に管理し、当該研修の運営以外には使用いたしません。　　社会福祉法人　高槻ライフケア協会