

同行援護従業者養成研修

受講申込書

申込日 年 月 日

申込課程 (○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○)	() 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 ()
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 ()

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)
-------	--