

平成 27 年度 視覚障害ガイドヘルパー養成研修 応用課程 申込書

※同行援護（一般）もしくは移動支援研修の修了証のコピーを添付してください。

※FAX 送信後、確認の電話を 078-252-1912 まで必ずお願いいたします。

年 月 日

ふりがな		性 別	男 ・ 女
名 前		生年月日	昭和 年 月 日 平成 (才)
住 所	〒		
自宅電話		FAX (自宅・勤務先)	
携帯電話		緊急連絡先	
携帯メールアドレス ※FAX が無い方はこちらをご記入ください。		職場連絡先	
職 業			
勤務先または所属 ボランティア団体			
受講の動機 (複数可)	・ 同行援護の仕事に就きたい ・ ボランティアとして活動したい ・ 介助技術を高めたい ・ その他 () ・ 業務上この資格を必要とするため ・ 障害者福祉について勉強したい ・ 家族介護のため		
研修を何で 知りましたか (複数可)	・ 事業所への案内 ・ ホームページ (ホームページ名) ・ ちらし (設置場所) ・ 紹介 (紹介者) ・ その他 () ・ 神戸アイライト協会からのメール		
今まで視覚障害者 との係わりはあり ましたか (複数可)	・ 家族にいる ・ 友人・知人にいる ・ 介助講座を受けた ・ ボランティアをした ・ 仕事で係わった ・ その他 ()		
福祉関係の資格 はありますか (複数可)	・ 視覚障害移動支援 (取得事業所 取得年月日) ・ 同行援護一般 (取得事業所 取得年月日) ・ 同行援護応用 (取得事業所 取得年月日) ・ その他 ()		
その他(連絡してお きたいこと、視覚障 害について思うこ となど)			