

平成 30 年度 視覚障害ガイドヘルパー養成研修 一般課程 申込書

※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)
自宅住所	〒		
自宅電話		FAX (自宅・勤務先)	
携帯電話		緊急連絡先 (家族等)	
携帯メールアドレス ※FAXが無い方はこちら らをご記入ください。		職場電話	
職 業			
勤務先または 所属団体			
受講の動機 (複数可)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 同行援護の仕事に就きたい</li> <li>・ ボランティアとして活動したい</li> <li>・ 介助技術を高めたい</li> <li>・ その他 ( )</li> <li>・ 業務上この資格を必要とするため</li> <li>・ 障害者福祉について勉強したい</li> <li>・ 家族介護のため</li> </ul>		
研修を何で 知りましたか (複数可)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業所への案内</li> <li>・ ホームページ (ホームページ名 )</li> <li>・ ちらし (設置場所 )</li> <li>・ 紹介 (紹介者 )</li> <li>・ その他 ( )</li> <li>・ 神戸アイライト協会からのメール</li> </ul>		
視覚障害者との係わり はありましたか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族にいる</li> <li>・ 友人、知人にいる</li> <li>・ ボランティアをした</li> <li>・ 仕事で係わった</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>		
福祉関係の資格 はありますか (複数可)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 視覚障害移動支援 (取得事業所 取得年月日 )</li> <li>・ 同行援護一般 (取得事業所 取得年月日 )</li> <li>・ 同行援護応用 (取得事業所 取得年月日 )</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>		
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)			