

平成 29 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	
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 が無い方はこちらをご記入ください。				職場電話			
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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 () 				<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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 () 				<ul style="list-style-type: none"> ・神戸アイライト協会からのメール)))) 		
視覚障害者との係わりはありましたか	<ul style="list-style-type: none"> ・家族にいる ・友人、知人にいる ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・視覚障害移動支援 (取得事業所) ・同行援護一般 (取得事業所) ・同行援護応用 (取得事業所) ・その他 () 				取得年月日) 取得年月日) 取得年月日)) 		
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)							