

平成 28 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) |
| 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 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) | <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 () ・ 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 () ・ 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 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) | | | |