

調布市福祉人材育成センター行動援護従業者養成研修申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人調布市社会福祉協議会会長 様

次のとおり、研修事業を受講したいので申込みます。

フリガナ			性別
氏名			男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
住所	〒		
電話番号 (連絡先) ※優先順	①	②	
緊急連絡先 (本人以外)	(氏名) (続柄) (電話番号)		
勤務先	(勤務先名) (住所)		
受講希望理由 (複数可)	<input type="checkbox"/> 資格を取得して就労したい <input type="checkbox"/> 現在の業務に役立てたい <input type="checkbox"/> 介護・障がいについて学びたい <input type="checkbox"/> 高齢者・障がい者(児)を支援したい <input type="checkbox"/> 地域の役に立ちたい <input type="checkbox"/> その他 ( )		
本研修をお知りになったきっかけ(複数可)	<input type="checkbox"/> 市報 <input type="checkbox"/> ふくしの窓(社協広報誌) <input type="checkbox"/> 人材センターホームページ <input type="checkbox"/> ちらし・ポスター(場所: ) <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

\*記載されている個人情報 は研修に関する目的以外に使用いたしません。

裏面も  
ご記入ください

行動援護従業者としての実働	<input type="checkbox"/> できる⇒ <input type="checkbox"/> すでに、活動が決まっている <input type="checkbox"/> これから活動先を検討する <input type="checkbox"/> 現在所属している事業所の業務にいかす <input type="checkbox"/> 分からない ( ) <input type="checkbox"/> できない ( )
健康状況	視覚について <input type="checkbox"/> 不安なし <input type="checkbox"/> 不安がある ( ) 聴覚について <input type="checkbox"/> 不安なし <input type="checkbox"/> 不安がある ( ) 歩行について <input type="checkbox"/> 不安なし <input type="checkbox"/> 不安がある ( ) その他 ( )
現在のお仕事	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 福祉職 ( ) <input type="checkbox"/> 福祉職以外 ( )
福祉(職)経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ <input type="checkbox"/> 高齢 ( <input type="checkbox"/> 施設介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 家族介護 ) <input type="checkbox"/> 障害 ( <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー <input type="checkbox"/> 家族 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
持っている福祉資格	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 移動支援従業者研修 <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修 ( <input type="checkbox"/> 一般課程 <input type="checkbox"/> 応用課程 ) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護従業者養成研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー ( <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 ) <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他 ( )
通学方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 公共交通機関 ( <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
写真撮影や広報に使用することについて	<input type="checkbox"/> 同意する ※広報に使用する際は、必ず確認させていただきます <input type="checkbox"/> 同意しない

**【受講理由】** をご記入ください。