

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7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)	☐ 資格を取得して就労したい ☐ 現在の業務に役立てたい ☐ 介護・障がいについて学びたい ☐ 高齢者・障がい者（児）を支援したい ☐ 地域の役に立ちたい ☐ その他 ()		
本研修をお知 りになったき っかけ(複数可)	☐ 市報 ☐ ふくしの窓（社協広報誌） ☐ 人材センターホームページ ☐ ちらし・ポスター（場所： ） ☐ 職場・知人の紹介 ☐ その他 ()		

*記載されている個人情報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

修了後の実働 について	☐ できる⇒ ☐ すでに活動が決まっている ☐ これから活動先を検討する ☐ わからない () ☐ できない ()
健康状況	視覚について ☐ 不安なし ☐ 不安がある () 聴覚について ☐ 不安なし ☐ 不安がある () 歩行について ☐ 不安なし ☐ 不安がある () その他 ()
現在のお仕事	☐ 無職 ☐ 福祉職 () ☐ 福祉職以外 ()
福祉(職)経験	☐ 無 ☐ 有⇒ ☐ 高齢 (☐ 施設介護 ☐ 通所介護 ☐ 訪問介護 ☐ 家族介護) ☐ 障がい (☐ 施設 ☐ 訪問 ☐ ガイドヘルパー ☐ 家族) ☐ その他 ()
持っている 福祉資格	☐ 無 ☐ 行動援護従業者養成研修 ☐ 強度行動障害支援者養成研修 (基礎) ☐ 強度行動障害支援者養成研修 (実践) ☐ 知的障害者移動支援従業者養成研修 ☐ 重度訪問介護従業者養成研修 (☐ 基礎課程 ☐ 追加課程 ☐ 統合課程) ☐ 同行援護従業者養成研修 (☐ 一般課程 ☐ 応用課程) ☐ 家事援助ヘルパー養成研修 ☐ ホームヘルパー (☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級) ☐ 介護職員初任者研修 ☐ 実務者研修 ☐ 介護福祉士 ☐ 介護支援専門員 ☐ その他 ()
通学方法	☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バイク ☐ 公共交通機関 (☐ 電車 ☐ バス) ☐ その他 ()
研修中の写真を 広報に使用することについて	☐ 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 ☐ 同意しない

【受講理由】をご記入ください