

令和3年度 同行援護従業者養成研修（応用課程）（HP） 受講申込書

公益財団法人 香川県視覚障害者福祉協会

受講課程	: 応用課程 12時間		
受付	令和3年 月 日	受付番号	

太枠内をご記入ください

ふりがな		性別
★氏名		男・女
★生年月日	昭和・平成 年 月 日 ()歳	
自宅住所	〒 自宅電話 : 携帯電話 : FAX :	
勤務先名		
勤務先住所	〒 電話 : FAX : E-MAIL : ※ 連絡をメールでさせていただく場合があります。ご記入をお願い致します。	
「受講決定通知書」送付先	ご希望の方を選択してください 【 】勤務先 【 】自宅	
テキスト	【 】購入する 【 】購入しない（既に持っている） 中央法規出版(株)発行「同行援護従業者養成研修テキスト第3版」を使用します。	
視覚障がい者を対象とした仕事について	経験年数 ()年 仕事内容（例：同行援護・家事支援 など） ()	
資格等の状況（注意①）	同行援護従業者養成研修 一般課程の受講の状況 (年度 研修会名 :) 【 】修了 【 】修了予定	
研修会への要望等		

（注意①） 同行援護従業者養成研修一般課程の修了証明書のコピーを必ず添付してください。

★印の箇所は修了証明書に記載しますので、お間違えないようにご記入ください。

受講者の個人情報（氏名、住所、電話番号等）は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認等の範囲内で使用いたします。