

## 知的障害者ガイドヘルパー養成研修 受講申込書

|  |                |     |  |
|--|----------------|-----|--|
| ふりがな   |                | 性別  | (写真添付欄)<br>縦:36~40m<br>横:24~30m<br>本人単身・肩から上 |
| 氏名   |                | 男・女 |  |
| 生年月日   | S · H 年 月 日    | 満 歳 |  |
| 連絡先<br>(緊急時に使用します。<br>優先順位の高いものから<br>ご記入下さい) | ① - -<br>② - - |     |  |
| 住所   | 〒 - -          |     |  |

|  |
|--|
| 現在の職業等をご記入ください。  |
|  |
| 現在お持ちの福祉系資格があれば、ご記入ください。                                 |
|  |
| 資格取得後、当事業所に登録を希望しますか？                                    |
| はい ・ いいえ   |
| 研修受講するにあたって、配慮すべき事項があれば、ご記入下さい。(必要に応じてこちらからご連絡させていただきます) |
|  |
| 受講の動機や本研修に期待すること等をご記入ください。(必須)(選考の際、参考にさせていただきます。)       |
|  |

■申し込みは本申込書に必要事項をご記入(写真添付)の上、下記の宛先まで郵送にてお送りください。

※申込の一次締切日:1月18日(金)必着

【申し込み先】

〒245-0023 横浜市泉区和泉中央南4-1-1ストリームプラザ3B  
地域支援センターぴぐれっと 養成研修 担当者宛て  
TEL:045-410-7811 FAX:045-410-7812