

(別 紙)

令和6年11月29日必着

宛先：社会福祉法人石川県視覚障害者協会
(FAX 076-222-1821) 行

令和6年度 石川県代筆・代読従事者養成研修 受講申込書

令和 年 月 日

| | | | |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------|
| フリガナ 氏 名 | 姓 | 名 | 年齢 歳 |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | |
| 自 宅 | 郵便番号 住 所 電話番号 () - | | |
| 勤 務 先 | 勤務先名 職 種 郵便番号 住 所 電話番号 () - | | |
| メールアドレス | | | |
| 希望の連絡先 | ・ 自宅 ・ 勤務先 ・ メール ※※必ずご記入ください | | |
| お持ちの資格 | ア 旧居宅介護従業者養成研修課程 (1級・2級) イ 介護職員初任者研修課程 ウ 実務者研修課程 エ 介護福祉士 オ 同行援護従事者養成研修 カ 相談支援従事者初任者研修 キ 上記以外 () ク 特になし | | |
| 終了後の予定 | ア 現に代筆代読業務に従事している、またはすぐに従事する イ 今後1年以内に代筆代読業務に従事する予定がある ウ 将来代筆代読業務に従事したい エ 今のところ予定はない | | |
| 受講の動機 | | | |
| 備 考 | ※事業所で複数名申込む場合に必ずご記入下さい。 人数調整が必要になった場合の優先順位 (優先順位 番 / 人中) | | |