

(別紙)

**令和 7 年度石川県同行援護従業者養成研修（一般課程）
受 講 申 込 書**

記入日 令和 7 年 月 日

フリガナ 氏 名	姓	名	年齢	※希望のグループ A B どちらでも可
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 () — ファクス番号 () —			
希望の連絡先	自宅 ・ 勤務先			
お持ちの資格 (福祉関係)	ア. 旧居宅介護従業者養成研修 1 級課程 (旧ホームヘルパー 1 級) イ. 旧居宅介護従業者養成研修 2 級課程 (旧ホームヘルパー 2 級) ウ. 介護職員実務者研修 エ. 介護職員初任者研修課程 オ. 介護福祉士 カ. 上記以外 () キ. 特になし			
受講後の予定	ア. 現に同行援護従業者として業務に従事している イ. すぐに同行援護従業者として業務に従事する ウ. 来年度同行援護従業者として業務に従事する予定 エ. 将来同行援護従業者として業務に従事したい			
受講の動機				
備 考	(事業所名) (優先順位 番 / 人中) 事業所から複数人申込む場合は、備考欄に受講希望の優先順位を記載			

※ 9 月 5 日 (金) 必着で石川県視覚障害者協会へ送付のこと

(F A X 可 0 7 6 - 2 2 2 - 1 8 2 1)