

宛先：(令和5年10月27日金曜日 必着)

〒920-0862 金沢市芳齊1-15-26

金沢市視覚障害者協会 (FAX 076-222-1831) 行

令和5年度 金沢市代読代筆支援従事者養成研修 受講申込書

申込者(個人・事業所)氏名または名称：

		申込日	令和	年	月	日
フリガナ						
氏名	姓	名				
生年月日	昭和・平成	年	月	日	(歳)	
自宅	住所 〒	電話番号				
勤務先	名称	職種				
	住所 〒	電話番号 FAX 番号				
希望の連絡先	自宅 ・ 勤務先 ・ メール (アドレス)					
お持ちの資格等	ア	旧居宅介護従事者養成研修課程 (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	なし				
修了後の予定	ア	現に代読代筆業務に従事している、またはすぐに従事する				
	イ	今後1年以内に代読代筆業務に従事する予定がある				
	ウ	将来代読代筆業務に従事したい				
	エ	今のところ予定はない				
受講の動機						
優先順位	※事業所で複数名申込み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 (番/ 人中)					

(受講希望者本人が楷書でもれなく記入のこと)