

令和元年度京都府同行援護従業者養成研修 } { 一般課程
} { 応用課程 } 受講申込書

受講会場 <北 部 ・南 部 ・ 中 部 >
 (いずれかに○印)

| | | | |
|---|--|---------------------------------|-------|
| 市町村名 | (居住市町村名を記入すること) | | |
| (ふりがな) | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 受講申込者 氏 名 | | | |
| 生 年 月 日 | 昭 和 ・ 平 成 | 年 | 月 日 |
| 受講申込者 住 所 | 〒 - | | |
| 連 絡 先 〔日中連絡が可能なものを記入する〕 | (電話番号) <自 宅> <携 帯> | | |
| 料金(資料代) 区 分 | 一般課程 ・ 応用課程 [円] | | |
| テキスト購入 の 要 否 | [同行援護従業者養成研修テキスト (中央法規・税込2,590円)の購入を 希望する ・ 希望しない] | | |
| 応 用 研 修 受 講 要 件 | 応用研修のみを申し込む者は、下記研修のうち修了したものに○印をつけ、 <u>修了証書の写しを添付すること。</u> [同行援護従業者養成研修一般課程 ・ 京都市/京都府視覚障害者移動支援従事者養成研修 ・ 視覚障害者移動介護従事者養成研修 ・ その他()] | | |
| 応用研修修 了後の役割 | 応用研修を申し込む者は、今回応用研修を修了した後にサービス提供責任者となる予定について、該当するものを○で囲んでください。 [① 現にサービス提供責任者として勤務中 ② 今年度中に任用予定 ③ 来年度中に任用予定 ④ 未定] | | |
| 受講配慮の 有無 | 有 ・ 無 | 【 配慮が必要な内容 】 [(障害や健康状態など)] | |
| 公益社団法人京都府視覚障害者協会 会長 様 上記のとおり申し込みます。 令和 年 月 日 (受講申込者署名) _____ (印) | | | |

※1 本受講申込をする課程について、表題の一般課程・応用課程を○印で囲うこと。
 (両課程受講の場合は、両方を○で囲うこと。)

※2 公益社団法人京都府視覚障害者協会あて郵送により提出すること。