

一般枠

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、修了証書の 写しを添付すること。 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。