



社会福祉法人
熊本市社会福祉事業団

※受付日
平成28年 月 日

※受付番号

同行援護従業者養成研修 申込書

申し込み日

H 26 年 月 日 (一般課程 ・ 応用課程) コースに○をつけてください

フリガナ		性別	生年月日	
氏名		男 ・ 女	S ・ H	年 月 日 (才)
住所	〒 - * 修了証明書発行の際、熊本県に申請しますので、必ずマンション・アパート名をご記入ください			
自宅電話 () -		携帯電話 () -		
職業		緊急連絡先 () -		
現在どこか事業所に所属していますか	* 熊本県へ申請の際に提出します			
介護現場での経験はありますか	有 () ・ 無			
どちらでこの講座をお知りになりましたか	・ 紹介 (知人、家族など) ・ 広告 (新聞チラシ等) ・ ポスター ・ 事業団関係者 ・ インターネット			
受講後に同行援護従業者として就職を希望されますか	有 (社会福祉事業団を希望 ・ 他事業所) ・ 無 * 差支えなければお答えください			
何かお尋ねになりたいことがありましたらご記入ください				

⑨ 応用課程は一般課程を履修された方、もしくはガイドヘルパー取得の方 (H23.9.30以前) のみ受講できます