

【申込先】熊本県視覚障がい者福祉協会・団体

FAXの場合：096-383-6833 Emailの場合：sikaku-k@titan.ocn.ne.jp

申込日： 年 月 日

2025年度同行援護従業者養成研修受講申込書

必要事項をご記入の上、下記宛に郵送またはFAXでお申込みください

ふりがな		
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
自宅	住所	〒
	TEL	(緊急連絡先) 携帯電話
	メール	
勤務先	名称	
	住所	〒
	TEL	
	メール	
受講決定通知の送付先を○で囲んでください。(未記入の場合は自宅に送付いたします。)		
1. 自宅 2. 勤務先		
受講課程 (○で囲んでください)	1. 一般・応用課程 2. 一般課程のみ 3. 応用課程のみ	
取得資格等	<input type="checkbox"/> 介護員養成研修 (実務者研修・介護職員基礎研修課程・1級課程・2級課程・初任者研修) <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他 () <u>※応用課程のみ受講される方は、「同行援護従業者一般課程」の修了証明書の写しを添付してください。</u>	
テキスト購入について	テキストの購入申し込みを (1. する 2. しない) 中央法規「同行援護従業者養成研修テキスト(第4版)」(税込 2,970 円)	