

第1回 知的障害者ガイドヘルパー養成研修・申込書

ふりがな	生年月日(西暦)
氏名 (歳)	/ / 生
住所(修了証は個人発行となりますので、申込者個人の住所をご記入ください) 〒	
TEL:	メールアドレス: @
資格・修了研修など(※)	
知的障害のある方へのサポート経験の有無について (有・無) 具体的に:	
Q1) 資格取得後、当事業所への登録を希望されますか?	はい・いいえ
Q2) 研修受講にあたり、ご自宅などにインターネット環境はありますか?	はい・いいえ
Q3) オンラインWeb会議システム <u>Zoom(ズーム)</u> を使用したことはありますか?	はい・いいえ
応募理由や研修に期待すること等をお書きください。(選考の際、参考にさせていただきます)	

※資格は、介護福祉士などの福祉系の資格を対象とします。
修了研修は、ガイドヘルパー養成研修、初任者研修(ホームヘルパー2級)、実務者研修、強度行動障害者支援者養成研修(基礎・実践)などを対象とします。

申込み締切日:

令和5年2月17日(金)

必着

【申し込み先】 〒224-0062 横浜市都筑区葛が谷12-13-101

ヘルパーセンターやまびこ 研修担当者宛

TEL:045-943-4901 / FAX:045-943-4903

メール: hcy@yamabikonosato.or.jp