

第1回行動援護従業者養成研修・申込書

| | | |
|---|----------|----------|
| ふりがな | 男性・女性 | 生年月日(西暦) |
| 氏名 | (歳) | / / 生 |
| 所属: | | |
| 職種: ガイドヘルパー・サービス提供責任者・その他() | | |
| 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(※) | | |
| 知的障害者の直接対応経験について(期間・内容など) →具体的に: | | |
| 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 |
| 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)、
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8月4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

TEL045-943-4901/FAX045-943-4903