

令和4（2022）年度同行援護従業者養成研修一般課程 日高高校会場

※定員になり次第締め切りますのでご了承ください。

フリガナ								
受講希望者氏名	※名札、修了書に記載されますので楷書でご記入下さい。							
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性・ <input type="checkbox"/> 女性
現住所	〒 - 兵庫県							
日中連絡が取れる電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 携帯		-		-			
連絡用メールアドレス※半角@を含むアドレスを記入して下さい。								
受講決定通知方法	<input type="checkbox"/> 上記メールアドレス・ <input type="checkbox"/> FAX番号（ - - ）							
勤務先の有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		職種					
勤務先の名称	法人名		事業所名					
所在地	〒 -							
電話番号								
本研修を知ったきっかけは何ですか								
<input type="checkbox"/> 法人内で本研修の修了者がいるため <input type="checkbox"/> 友人からの紹介 <input type="checkbox"/> ネット検索 <input type="checkbox"/> 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 勤務先からの紹介 <input type="checkbox"/> その他()								
視覚障害者への支援経験がありますか	<input type="checkbox"/> 有 どのような支援を行いましたか							
	<input type="checkbox"/> 無 どのような支援が求められていると思いますか							
受講希望動機を教えてください								
該当する項目に全てチェックを入れて下さい(チェックがない場合は受講対象となりませんのでご注意ください。)								
兵庫県に居住しています。							<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	
全日程受講できます。							<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	
(本研修は、一般課程を実施します。遅刻、欠席、早退した場合は修了できません。)								
本研修を修了した後、同行援護従事者として活動することができます。							<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	
アイマスクを着用し二人一組での演習、階段昇降の反復演習、長距離歩行の演習、公共交通機関の乗降演習等で、長時間の移動に耐えうる身体能力があります。							<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	
(歩行に配慮が必要な場合、受講できない場合があります。)								
代読・代筆、情報提供の演習で、一般教養程度の日本語の読み書きや会話能力があります。							<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	
学則、実施要項の内容を十分理解し、納得しました。							<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	