

社会福祉法人兵庫県視覚障害者福祉協会主催  
令和5（2023）年度 同行援護従業者養成研修 応用課程 神戸会場  
開催日程：令和6（2024）年1月13日（土）・14日（日）・15日（月）3日間  
受講申込書

【個人情報の取り扱いについて】

研修申し込みに際して得た個人情報は、研修の開催・運営を目的として用い、この利用目的の範囲を超えて、個人情報を扱うことはいたしません。

送信先FAX番号：078-222-5564

※本申込書と一緒に同行援護従業者養成研修一般課程修了証書のコピーも送信ください。

受講希望者氏名			
カナ氏名			
性別	<input type="checkbox"/> 男性・ <input type="checkbox"/> 女性	※該当する方にチェックをつけてください。	
生年月日	西暦	年	月 日
年齢	歳		
現住所	〒 - 兵庫県		
日中連絡が取れるご連絡先			
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 携帯	-	-
連絡用メールアドレス	@		
受講の可否決定通知をFAXで希望される場合	FAX番号	-	-
現在の勤務先			
勤務先の有無	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	※該当する方にチェックをつけてください。	
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を教えてください			
受講を希望する動機を教えてください			
同行援護従業者として活動の経験はありますか ※該当する方にチェックをつけてください。	<input type="checkbox"/> ある 同行援護従業者として活動する上で大切にしていることはありますか		
	<input type="checkbox"/> ない 一般課程を取得後、同行援護従業者として活動していない理由を教えてください		

該当する項目に全てチェックを入れてください。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。 ※遅刻、欠席、早退した場合は修了できません。	<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、階段昇降の反復練習、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る身体能力があります。 ※安全確保に支障を来す恐れのある場合は除きます。	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
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