

令和4（2022）年度同行援護従業者養成研修一般課程・応用課程 尼崎会場

申込締切日：令和5年1月5日（木）17時まで《締切厳守》

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	☐ 男性・ ☐ 女性
現住所	〒 ー 兵庫県							
日中連絡が取れる電話番号 ☐ 自宅・ ☐ 携帯					ー ー			
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	☐ 上記メールアドレス・ ☐ FAX番号（ ー ー ）							
勤務先の有無	☐ 有・ ☐ 無		職種					
勤務先の名称	法人名 事業所名							
所在地	〒 ー							
電話番号								
本研修を知ったきっかけは何ですか								
☐ 法人内で本研修の修了者がいるため ☐ 友人からの紹介 ☐ ネット検索 ☐ 家族からの紹介 ☐ 勤務先からの紹介 ☐ その他()								
視覚障害者への支援経験はありますか	☐ 有 どのような支援を行いましたか							
	☐ 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下さい。)								
兵庫県に居住しています。							☐ はい・ ☐ いいえ	
全日程受講できます。(本研修は、一般課程・応用課程のセット受講になります。遅刻、欠席、早退した場合は修了できませんのでご注意下さい。)							☐ はい・ ☐ いいえ	
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。							☐ はい・ ☐ 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。(歩行に配慮が必要な場合、受講できない場合があります。)							☐ はい・ ☐ 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。							☐ はい・ ☐ いいえ	
『新型コロナウイルス感染拡大予防ガイドライン』を承諾及び遵守します。							☐ はい・ ☐ いいえ	
学則、実施要項の内容を十分理解し、納得しました。							☐ はい・ ☐ いいえ	