

令和6（2024）年度 同行援護従業者養成研修 一般課程 神戸会場

開催日程：令和6（2024）年12月10日（火）・11日（水）・17日（火）・18日（水）4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

受講希望者氏名		
カナ氏名		
性別	男性 ・ 女性	※該当する方に○をつけてください。
生年月日		
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		
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	あり ・ なし	※該当する方に○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		
これまで視覚に障害がある方と関わったことはありますか ※該当する方に○をつけてください。	ある ・ ない	
視覚障害者に対するイメージを教えてください		
該当する項目に全て○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。	はい ・ いいえ	
全日受講できます。 ※遅刻、欠席、早退した場合、研修カリキュラムの時間数を満たすことができないため修了できません。	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うる身体能力があります。 ※歩行に配慮が必要な場合や安全確保に支障を来す恐れのある場合は受講できません。	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	
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	