

移動支援従業者養成研修のお申し込み用紙

【お申し込み期間】	2024年 4月26日まで
-----------	---------------

必要事項をご記入の上、FAX（03-3744-0355）にお送り下さい。
受講決定後に通知を送付いたします。

フリガナ	
お名前	
年齢	歳
生年月日	昭和・平成 年 月 日
性別	男・女
現在の職業	
住所	〒
連絡先	自宅
	携帯電話
	Mail @
障害者と接した経験	1、家族・親戚 2、仕事（福祉、教育等） 3、ボランティア等 4、なし

研修カリキュラム（8：45～17：30）

1日目	障害福祉に関する制度及びサービス・知的障害者ホームヘルプサービスに関する知識
2日目	サービス利用者の理解 移動支援の基礎知識
3日目	移動の支援に係る技術（演習）

お問い合わせ先

社会福祉法人 大田幸陽会 ケアサポート幸陽

住所：東京都大田区 西糀谷2-31-2 電話：03-6423-6925

- ☆氏名（フリガナ）、住所、生年月日に関して、受講証明書に記載の為正確な記述をお願いいたします。
- ☆東京都の指導により、ご本人確認のため、当日、身分証明書（保険証、住民票、免許証、など）が必要となります。
- ☆会社、法人でお申し込みの場合は請求書の発行の際に個人名・会社名のどちらかをお知らせください
- ☆お預かりした個人情報は、当法人の個人情報保護規程などにより、厳正に管理させていただきます。