

2019年2月

# 花の会ガイドヘルパー養成研修申し込み用紙

FAXまたは郵送にてお申込みください。

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| ふりがな<br>氏 名   | 生年月日（西暦でご記入ください）<br>年 月 日（ 歳） |
| 勤務先・学校名   |                               |
| 郵便番号 —  |                               |
| 住所  |                               |
| 電話番号<br>— —   | 携帯電話番号<br>— —                 |
| 知的障がい者（児）と関わった経験 有・無  |                               |
| コミュニケーション実習希望日（必ず第3希望日までご記入ください）<br>第1希望日： / 第2希望日： / 第3希望日： /  |                               |
| 外出実習希望日（必ず第3希望日までご記入ください）<br>第1希望日： / 第2希望日： / 第3希望日： /   |                               |
| 取得されている福祉系資格（チェックを入れてください）<br><input type="checkbox"/> 全身性ガイドヘルパー <input type="checkbox"/> 視覚ガイドヘルパー <input type="checkbox"/> ホームヘルパー（ ）級<br><input type="checkbox"/> 居宅介護従業者 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護従業者 <input type="checkbox"/> 行動援護従業者<br><input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |                               |
| 受講動機  |                               |
| 資格取得後のご予定（お申込み段階で構いません）   |                               |
| 当養成研修をどちらでお知りになりましたか？<br><input type="checkbox"/> 花の会ホームページ <input type="checkbox"/> 花の会店舗（ ）<br><input type="checkbox"/> 施設（施設名 ） <input type="checkbox"/> 学校（学校名 ）<br><input type="checkbox"/> その他（ ）   |                               |

FAX番号：072-669-9518

郵送先：〒569-0071 高槻市城北町1-7-16-302

社会福祉法人 花の会 サポートセンター はいびすかす 宛

申込締切日  
2019年2月20日(水)  
必着