

特定非営利活動法人 障害者自立センターつかいぼう  
 重度訪問介護従業者養成研修 基礎課程・上級課程（通学）  
**受講申込書**

平成 年 月 日

フリガナ	性別 男・女	年齢	歳
氏 名	生年月日 昭和・平成 年 月 日		
現住所・連絡先			
TEL			
職業（学生の場合は学科・学年まで）	職場所在地・連絡先		
資格の有無			
介護福祉士	ヘルパー（1級・2級・3級）	ガイドヘルパー（全身性・視覚）	看護師
岐阜県の証明書（対象）			
精神障害者ホームヘルパー			
その他（			
これまでの介護または障害者等にかかわった経験（仕事・ボランティアを問わず）			
研修受講の動機・目的等			
質問 介護・介助について思うこと、障害を持つ人に聞いてみたいこと。			
受講料支払方法			
直接事務所に持参 ・ 振込			
支払予定日 月 日			

※記入または該当するものを○で囲んでください。