

同行援護従業者養成研修申込書

		年 月 日 記入	
ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日 (S ・ H)	年 月 日	年 齢	歳
ふりがな			
住 所	〒		
電 話 番 号	自宅 携帯電話 FAX番号		
受 講 コ ー ス	1. 一般課程 ☐ A (25,000円) <講義12時間、演習8時間、全20時間> ※科目免除をご希望の方・・・山口県同行援護従業者養成研修要綱による対象者は以下のとおりです。 ・ガイドヘルパー養成研修重度視覚障害者研修課程修了者 ・視覚障害者移動介護従業者養成研修修了者 ・視覚障害者外出介護従業者養成研修修了者 希望箇所の ☐ 内にレ印をつけて下さい。		
	2. 応用課程 <講義2時間、演習10時間、全12時間> ☐ C (20,000円) <一般課程修了者 免除科目無し> <u>当法人以外で一般課程を修了された方は、修了書の写しを同封して下さい。</u>		

送付先 〒750-0032

山口県下関市関西町1-10

社会福祉法人 山口県盲人福祉協会

研修課

TEL 083(231-7114)

FAX 083(231-8097) 郵送、FAXいずれも可

令和6年度研修応募締切 2024年11月8日(金)必着 (先着順)

※定員に達し次第、締め切らせてもらうことがあります。

※受講決定は、11月15までにお知らせいたします。