別紙１－１Ａ

令和２年度 視覚障害者移動支援従事者(同行援護従業者）資質向上研修 (一般の部） 申込票

### 社会福祉法人岐阜アソシア　アドレス [cen-1st@gifu-associa.com](mailto:cen-1st@gifu-associa.com)

### 都道府県名： 担当者氏名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日程 | | ふりがな： | 生年月日 | 住所 | 電話番号 | 携帯電話番号 | メールアドレス | 所属事業所 | 全日か講義のみか |
| ○ 期 | 開催地 |
|  |  | 氏名： | (西暦) 年 月 日 |  |  |  |  |  | 全日 ・ 講義のみ |
| 受講回数(選択)： ①新規 ②更新 | | | 所持している資格（選択）： Ⓐ移動支援従事者養成研修修了　　Ⓑ同行援護従業者養成研修修了　　Ⓒ国立リハビリテーション学院視覚障害者学科修了者等　　Ⓓいずれもなし | | | | | | |
| ②更新の場合 | | 登録番号： | 前回受講年月日： | | 前回受講： ①全日 ②講義のみ | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日程 | | ふりがな： | 生年月日 | 住所 | 電話番号 | 携帯電話番号 | メールアドレス | 所属事業所 | 全日か講義のみか |
| ○ 期 | 開催地 |
|  |  | 氏名： | (西暦) 年 月 日 |  |  |  |  |  | 全日 ・ 講義のみ |
| 受講回数(選択)： ①新規 ②更新 | | | 所持している資格（選択）： Ⓐ移動支援従事者養成研修修了　　Ⓑ同行援護従業者養成研修修了　　Ⓒ国立リハビリテーション学院視覚障害者学科修了者等　　Ⓓいずれもなし | | | | | | |
| ②更新の場合 | | 登録番号： | 前回受講年月日： | | 前回受講： ①全日 ②講義のみ | |  | | |

※人数が多い場合はシートを追加してください。

※ここに記載された文字が修了証等に反映されますので、登録される氏名の文字の間違いにはご注意ください。

※住所は受講決定通知の送り先となります。

※こちらに記載された住所・電話番号・メールアドレスに連絡がいく場合がありますので、必ず連絡のつくものとしてください