様式１号

令和５年度同行援護従業者養成研修（一般課程・中部地区）受講申込書

※受講希望者ご本人がご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講希望者  氏名 | （ふりがな） | |
|  | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 所属事業所名 | ※所属する事業所がある場合のみ記載してください。 | |
| 住所・連絡先  ※受講決定通知等の送付先 | 〒　　　　　－ | |
| 電話番号：　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号： | |
| メールアドレス： | |
| 同行援護業務への  従事状況等 | ※該当するものに印（レ）を付けてください。  □今後、同行援護業務に従事する予定  （勤務予定日　令和　　年　　月頃）  □現在、視覚障がい者に関わる業務に従事している  （具体的な業務名又は内容）    　（当該業務経験年数　　年　　月）  □上記に該当しないが、関心がある | |
| 受講配慮の有無  ※いずれかに○ | 有・無 | ※「有」の場合は、必要な配慮をご記入ください。  配慮の詳細について確認の連絡をすることがあります。  　　例：手話通訳、要約筆記など |
| 上記のとおり申込みします。  なお、新型コロナウイルス感染症対策を実施した上で、研修受講するとともに、研修中は実施機関の指示に則り、感染拡大防止に努めることに同意します。  令和５年　　月　　日　（受講希望者署名） | | |
| ○鳥取県では、視覚障がい者の支援に関する情報発信や、同行援護制度の普及、利用促進に係る取組等を行う同行援護従業者確保推進事業を実施しています。当該事業を委託している社会福祉法人鳥取県ライトハウス点字図書館より、ご記入いただいたご住所宛に同行援護に関するご案内等を送付させていただいてもよろしいでしょうか。  □はい　　　□いいえ | | |

※〒６８０－０８４６　鳥取県鳥取市扇町１１５－１

　株式会社ニチイ学館鳥取支店　介護教育・人材課　宛　に郵送により提出すること。

様式２号

令和５年度同行援護従業者養成研修（応用課程・中部地区）受講申込書

※受講希望者ご本人がご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講希望者  氏名 | （ふりがな） | |
|  | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 所属事業所名 | ※所属する事業所がある場合のみ記載してください。 | |
| 住所・連絡先  ※受講決定通知等の送付先 | 〒　　　　　－ | |
| 電話番号：　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号： | |
| メールアドレス： | |
| 同行援護業務への  従事状況等 | ※該当するものに印（レ）を付けてください。  □現在、同行援護業務に従事している  　（同行援護業務経験年数　　　年　　月）  □今後、同行援護業務に従事する予定  （勤務予定日　令和　　年　　月頃）  □現在、視覚障がい者に関わる業務に従事している  （具体的な業務名又は内容）    　（当該業務経験年数　　年　　月）  □上記に該当しないが、関心がある | |
| 同行援護従業者養成研修(一般課程)修了年  　※いずれかに○ | １.一般課程と同時受講申込み  ２.平成・令和　　年度修了　→**修了証明書の写しをご提出ください。** | |
| 受講配慮の有無  ※いずれかに○ | 有・無 | ※「有」の場合は、必要な配慮をご記入ください。  配慮の詳細について確認の連絡をすることがあります。  　　例：手話通訳、要約筆記など |
| 上記のとおり申込みします。  なお、新型コロナウイルス感染症対策を実施した上で、研修受講するとともに、研修中は実施機関の指示に則り、感染拡大防止に努めることに同意します。  令和５年　　月　　日　（受講希望者署名） | | |
| ○鳥取県では、視覚障がい者の支援に関する情報発信や、同行援護制度の普及、利用促進に係る取組等を行う同行援護従業者確保推進事業を実施しています。当該事業を委託している社会福祉法人鳥取県ライトハウス点字図書館より、ご記入いただいたご住所宛に同行援護に関するご案内等を送付させていただいてもよろしいでしょうか。  □はい　　　□いいえ | | |

※〒６８０－０８４６　鳥取県鳥取市扇町１１５－１

　株式会社ニチイ学館鳥取支店　介護教育・人材課　宛　に郵送により提出すること。