**（ＦＡＸ）０４６－２４７－７５０８**

………………コピーまたは切り取ってご使用ください。………………………コピーまたは切り取ってご使用ください。………………………コピーまたは切り取ってご使用ください。………………………

**重度訪問介護従業者養成研修　受講申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 　 | 性別 | 　 |
| お名前 | 　 |
| 自宅住所 | （〒　　　　　　－　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | （　昭和　・　平成　）　　　　　　年　　　　　月　　　　　　日　 (　　　　　　歳　) |
| 連絡先 | ＴＥＬ（　　　　　）　　　－　　　　　　　（　ご自宅　・　所属先　）ＦＡＸ（　　　　　）　　　－　　　　　　　（　ご自宅　・　所属先　）　　　　　　　 |
| E-mailアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 受講希望コース　　　　□１０月開講　　　　　□３月開講 |
| ＜以下の質問にお答えください＞ |
| Ｑ１　研修課程の中の「現場実習」で対応してもらえる全身性障害者の方(注１)がいますか 　　　　　　　　　　（　　はい　　　・　　　いいえ　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Ｑ２　上記で「はい」と答えた方（全身性障害者の方に了解の上、ご記入ください）　　　　● お住まいの市町村　　　 （　 　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　● 障害支援区分　　　　　　（　 ５ 　・ ６ 　）　　どちらかに○をつけてください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(注１)　実習の対象となる方は、障害支援区分５または６の肢体不自由者の方となります。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(注２)　所定の期日までに６．５時間の実習を行なっていただきます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(注３)　身内の方での実習は原則的に認められません。Ｑ３　資格の有無について　 　　　無資格　　・　　介護福祉士　　・　　ﾍﾙﾊﾟｰ１級　　・　　２級　　・　　看護師　　 その他　（ 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）Ｑ４　以前に本研修を申し込んだことがありますか　 　　ある　　（　　・　落選した　　　　・　その他：　　　　　　　　　　　　　　）　　　　・　ない　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 所属先 | ※現在、所属している事業所や機関がありましたらご記入ください。 |

＊お申し込みいただきました際の個人情報は本事業以外に使用することはありません。

NPO神奈川県障害者自立生活支援センター厚木事務所 宛

ＦＡＸ：046－247－7508