（様式１）

社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団

**生活援助従事者研修　受講申込書**

　私は、社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団の実施する生活援助従事者研修について、実施要綱の内容に同意し

受講を申し込みます。

記入日　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 | | 印 | 性別 |  | | 写真 |
| 生年月日 | | 年　　 　月　　 　日　　　年齢（　　 ）歳 | | | |
| 住所  （原則、自宅） | | 〒  ※書類等送付先 | | | |
| 電話番号 | | 自宅（　　　　　　　　　　 　　　　）　携帯（　　　　　　　　　　　　　　 　） | | | | |
| 所属先名称 | | 在籍年数・学年　　　　　年 | | | | |
| 所属先住所 | | 〒 | 電話番号 | |  | |
| Fax番号 | |  | |
| 担当者名 | |  | |
| 緊急時連絡先 | | 氏　名：　　　　　　　　　　　　 　　電話番号： | | | | |
| 障害程度 | | 療育手帳　　A ・ B1 ・ B2　　（障害名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  身体障害者手帳　　　種　　　級 （障害名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  精神障害者保健福祉手帳　　　級 （障害名　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 自宅～当センターまでの交通手段 | |  | | | | |
| 職歴  （実務経験） | | （記載例）平成28年４月　特別養護老人ホーム兵庫苑　介護職員　　（　2年8ヶ月） | | | | |
| 年　　月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　年　　ヶ月） | | | | |
| 年　　月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　年　　ヶ月） | | | | |
| 資格／免許 | | 年　　月 | | | | |
| 年　　月 | | | | |
| 最終学歴 | | (学校名)  　　　　 年　　 月（卒業・修了見込み）  （1） | | | | |
|  | |  | | | | |
| 【研修への抱負】　（応募者多数の場合、選考の参考とします。） | | | | | | |
| 【その他、配慮事項等】 | | | | | | |
| 【所属長等の推薦】 | | | | | | |

※添付書類　　コピーを添付してください。

　・本人確認書類（免許証、障害者手帳等、本人顔写真が入っているもの）

　・資格証写し　（受講科目免除の場合　必要）

（2）