

京都市移動支援事業＜知的・精神障害者ガイドヘルパー＞

従業者養成研修 受講申込書

氏名	(ふりがな)	性別 (男・女)	<写真貼付け欄> ※6ヶ月以内に撮影した顔写真を添付して下さい。(無背景であればデジカメ、携帯電話撮影でも可)
生年月日	(西暦) 年 月 日 (歳)		
住所	〒 -		
連絡先	TEL (連絡を希望する優先順に記入してください)		
	①	- - (自宅・携帯・職場)	
	②	- - (自宅・携帯・職場)	
	FAX	- - (自宅・職場)	
職業	(学生の方は 学校名と学年)		
既にお持ちの福祉系資格	※(参考)京都市では初任者研修等のヘルパー資格でガイドヘルパーとして従事できます		
受講の動機			
受講修了後の予定 (該当する箇所○)	<input type="checkbox"/> 修光学園ディアコニアセンターでヘルパーとして活動したい <input type="checkbox"/> 別のヘルパー事業所で活動したい …事業所名 () <input type="checkbox"/> 特に活動する予定はない <input type="checkbox"/> その他… ()		
指定テキストについて	<input type="checkbox"/> 研修会初日に購入します ・ <input type="checkbox"/> 持参します		
受講にあたって配慮を希望する事など			

【個人情報の取り扱いについて】

記入頂いた情報は本研修に関わる連絡、受講票送付、受講採否資料に使用します。また、受講が修了した場合には京都市へ氏名・生年月日・住所・電話番号を記載した修了者名簿を提出します。その他、当法人から福祉関連の情報を郵送する場合があります。(情報の提供を希望しない方は✓を付けてください… □情報提供を希望しません)

申込締め切り 9月25日(月) 必着 ※郵送・メールのみ受付。FAX 不可。
締め切り後、書類選考の上、受講可否をご連絡いたします

申込先 〒606-8021 京都市左京区修学院沖殿町 20 修光学園ディアコニアセンター
 メール： diakonia@shuko-gakuen.jp