

鎌倉・逗子ガイドヘルプネットワーク
「知的障害児・者ガイドヘルパー」養成研修申込書

※修了証作成の基になりますので、誤字の無いよう、楷書で記入してください。

氏 名 (男 ・ 女)

生年月日 西暦 年 月 日 (年齢 歳)

自宅住所 〒

電話： () 、左記以外で連絡可能な番号： ()

Fax： () 、メールアドレス： @

＜勤務先及び職種＞または＜学校・学年・学部＞

※既に事業所に登録されている方はその事業所名

() ()

既に取得の資格（受講中も含む）を○印で囲んでください

- ・介護員初任者研修（ヘルパー１・２級） ・基礎研修 ・実務者研修
・介護福祉士 ・社会福祉主事 ・その他（ ）

現時点で、本研修受講後にガイドヘルパーとして活動する予定、希望等があるか教えてください。

- ①活動の予定・希望がある ② 活動の予定、見込み等はない

ガイドヘルパーは外での活動が多く、屋外での歩行、移動の際に留意事項がある方、またその他配慮が必要な事があれば下記にご記入下さい。

今回、本研修を受講しようと思った動機、きっかけを教えてください。（自由記述）

2/1 ～ 3/13 まで実習期間になります。

日程は実習先事業所と希望日での調整になります。決定後の日程変更はできない場合もありますので、ご了承下さい。

下記に実習希望日を5日間記入をお願いします（実習調整上、実習可能日に土日祝を含めて下さい。）

可能なAM・PMにどちらかまたは両方に○をつけてください。

① 月 日（AM・PM） ② 月 日（AM・PM） ③ 月 日（AM・PM）

④ 月 日（AM・PM） ⑤ 月 日（AM・PM）

備考 []

○お申込み方法：郵便・Fax・メールにて下記あてに申込書を送付するか、表面のQRコードからお申し込みください。お申込み受付後、受講決定通知をお送りします。

○神奈川県認定事業として開催・全てを修了した方には修了証を授与いたします。認定番号 第7001号

協力 逗子市 後援 鎌倉市・葉山町・逗子市社会福祉協議会

【主催】鎌倉・逗子ガイドヘルプネットワーク（福）ラファエル会・NPO法人スローライフ・（合）マロン鎌倉・（株）ハーモニー

〒247-0055 鎌倉市小袋谷 1-4-20 ピオニー鎌倉 1F 社会福祉法人ラファエル会れんげの里内（事務局）

Tel：0467-55-8882 Fax：0467-55-9640 メール：kamakurarenge@raphael-kai.jp