

# 移動支援従業者養成研修のお申し込み用紙

【お申し込み期間】	2018年12月25日(火)～ 2月1日(金)
-----------	-------------------------

受講決定後に通知を送付いたします。

フリガナ			
お名前			
年齢	歳		
生年月日	昭和・平成	年	月 日
性別	男・女		
現在の職業			
住所	〒		
連絡先	自宅		
	携帯電話		
障害者と接した経験	1、家族・親戚 2、仕事（福祉、教育等） 3、ボランティア等 4、なし		

## 研修カリキュラム

1日目	障害福祉に関する制度及びサービス・知的障害者ホームヘルプサービスに関する知識
2日目	サービス利用者の理解 移動支援の基礎知識
3日目	移動の支援に係る技術（演習）

### お問い合わせ先

社会福祉法人 大田幸陽会 ケアサポート幸陽

住所：東京都大田区 西糀谷2-3-1-2 電話：03-6423-6925

☆氏名(フリガナ)、住所、生年月日に関して、受講証明書に記載の為正確な記述をお願いいたします。

☆東京都の指導により、ご本人確認のため、当日、身分証明書(保険証、住民票、免許証、パスポートなど)が必要となります。

☆お預かりした個人情報は、当法人の個人情報保護規程などにより、厳正に管理させていただきます。