

記入日(年 月 日)

フリガナ 氏名			性別・現職	男・女・
			年齢	西暦・昭和・平成(受講日現在) 年 月 日 (才)
自宅	住所	〒 - 市町村名からお書きください _____		
		固定TEL () - FAX () - _____		
		携帯 () - e-mail _____		
勤務先(任意)	名称			
	住所	〒 - 市町村名からお書きください _____		
		固定TEL () - FAX () - _____		
		勤務先への連絡 可・不可 職種() _____		
趣味・特技	(身長 約 cm)			
保有資格	該当するものに○をつけて下さい 社会福祉士・ケアマネジャー・相談支援専門員・介護福祉士・訪問介護職員養成研修課程修了者・ホームヘルパー居宅介護従業者養成研修課程修了者・介護職員初任者研修修了者・その他()			
その他 伝達事項	希望研修：一般課程相当(4日間)応用課程相当(1日)の受講のうち回が異なる場合でも受講できます。*応用課程最終日 (以下に○を付けて下さい) <u>第1回</u> 2025年9月8日(月)9日(火) 9月24日(水)～26日(金) 会場:岐阜市 視覚障害者生活情報センターぎふ <u>第2回</u> 2025年11月12日(水)13日(木) 12月4日(木)～6日(土) 会場:多治見市 多治見市産業文化センター <u>第3回</u> 2026年2月24日(火)25日(水) 3月9日(月)～11日(水) 会場:岐阜市 視覚障害者生活情報センターぎふ 食事の実習があります。アレルギーのある方は記入してください。_____ 修了後活動 <u>できる・できない</u> テキスト購入希望 <u>あり・なし</u>			