第１号様式

台東区知的障害者（児）移動支援従業者養成研修 受講申込書（令和６年度）

受 講 日	【講義】令和７年１月１８日（土） ※実習は個別対応となるため、受講決定後に日程調整いたします。				
フリガナ		性　別	男　・　女	年　齢	才
氏　　名		生年月日	年　　月　　日		
住　　所	〒				
電　　話	TEL	昼間の連絡先	TEL		
メール アドレス					
現在の職業					
	福祉事業所に勤務している方は事業所名を記入してください				
申込区分 （該当する区分に〇を付ける）	１．区内在住でヘルパー等の資格なし ２．区内在住でヘルパー等の資格あり ３．区外在住で、ヘルパー等の資格なし（※） ４．区外在住で、ヘルパー等の資格あり（※） ※ただし、区内在勤者を優先させていただきます。				

◎応募理由（研修で身に付けたいこと、知りたいことなどを具体的にご記入ください）

◎ヘルパー等の資格なしの方（知的障害者のボランティア経験や介護実習経験があればご記入ください）

・活動期間　：　年　月　日から　年　月　日

・学校名・法人名　：

◎ヘルパー等の資格ありの方（該当するものに〇をしてください）

介護福祉士　・　ヘルパー（　）級　・都道府県の知的障害者移動介護従業者養成研修修了証　・

その他　[　　　　　　　　　　　　]

※太枠内をすべて記入してください。

受付欄		
受付月日	受付番号	