**令和５年度群馬県同行援護従業者養成研修（応用課程）受講申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　群馬県障害政策課長　　あて

　（地域生活支援係）

事業者法人住所

事業者法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

連絡先（℡）

標題の研修について、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 生年月日  性　　別 | | 昭和　　　年　　　月　　　日  平成  　 （　男　・　女　） | |
| 受講者氏名 |  | |
| 事業所名 |  | | 電話番号 | |  | |
| 事業所住所 | 〒 | | 優先順位  （事業所から複数人申込希望の際は、右欄に優先順位をご記入ください） | | |  |
| 受講者の資格等  （該当するものにレをつけること） | | □介護福祉士　　　　　　　　□介護職員基礎研修修了者  □訪問介護員（居宅介護従業者）養成研修１級課程修了者  □訪問介護員（居宅介護従業者）養成研修２級課程修了者  □介護職員初任者研修修了者　　　　□実務者研修修了者  □同行援護従業者養成研修（一般課程）修了者**（添付必要）**  □移動支援従業者養成研修修了者**（添付必要）**  □移動介護従業者養成研修修了者**（添付必要）** | | | | |
| 所属事業所における、同行援護事業の指定の有無 | | □指定を受けている  □今後、指定を受ける予定（　　　年　　月予定）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 右の□には必ずチェックが入りますので確認してください。 | | | | □添付が必要な研修修了証写しを添付済み | | |

**※受講者氏名、生年月日等誤りのないよう正確に記入してください。（修了証の記載に反映するため）**

提出先：群馬県庁　障害政策課　地域生活支援係　大塚

〒371-8570　前橋市大手町１－１－１【ＦＡＸ、メール不可、１１月２１日（火）郵送必着】