**令和７年度第２回群馬県同行援護従業者養成研修（一般課程）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）

 事業者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

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 | 昭和　　　年　　　月　　　日平成 |
| 受講者氏名 |  |
| 受講者住所 | 〒 | 電話番号（受講者） |  |
| 事業所名 |  | 電話番号（事業所） |  |
| 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下さい） |  |
| 受講者の資格等（該当するもの☑をつけてください。） | □介護福祉士　　　　　　□実務者研修修了者□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□移動支援従業者養成研修修了者□資格無し |
| 視覚障害者等への直接処遇に係る実務経験年数 | 　　　　　年　　　か月　（R７.７月末現在） |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所属事業所が同行援護事業の指定を受けている場合の職種 | □同行援護従業者□同行援護サービス提供責任者 |
| テキストの購入希望　　※購入を希望する場合は冊数を記入してください。 |
| 『新版　同行援護従業者養成研修テキスト』（中央法規）　2025/2/20発行　2,970円（税込）　（　　　冊）※研修初日に代金引き換えにてお渡しします。 |

**※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　飯塚

〒371-8570　前橋市大手町１－１－１