

知的障害者ガイドヘルパー養成講座 受講申込書

10月講義・11月実習コース       11月講義・12月実習コース

ご希望のコースをお選びいただき、にシ点を入れて下さい。

**※年末年始を挟む都合上、12月講義・1月実習コースは開講いたしません。**

※これらの情報は講座に関する連絡と、本講座の広報の効果の把握、応募者多数の場合の選考に使用いたします。個人情報保護法に基づき、これらの情報は当法人で責任を持って管理いたします。

・以下の各項目にご記入願います。また、受講者の方には後日ご自宅へ案内等の書類を郵送させていただきます。

ふりがな

・氏名：\_\_\_\_\_ ・生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

・性別（男・女） \_\_\_\_\_ ・年齢（ \_\_\_\_\_ 歳）

・住所：（〒 \_\_\_\_\_ ）

\_\_\_\_\_

・ご職業：\_\_\_\_\_ ・学校名もしくは勤務先名：\_\_\_\_\_

・電話：\_\_\_\_\_

・FAX：\_\_\_\_\_

・携帯電話：\_\_\_\_\_

・ご本人のメールアドレス：\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

・保有資格等：\_\_\_\_\_

・連絡の取れる時間帯：\_\_\_\_\_（自宅・携帯）

・どこで（誰から）この講座をお知りになりましたか？（○で囲んで下さい）  
大阪府HP ・ ライフサポート協会HP ・ パンフレットなど  
紹介（ \_\_\_\_\_ さん） ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）

・今回ガイドヘルパーの資格を取得しようと思われた動機やきっかけを教えてください。

・講座受講にあたって、何か配慮を希望される方はご記入下さい。

・資格取得後、当法人でガイドヘルパーとして活動したいですか？（○で囲んで下さい）  
はい ・ いいえ ・ 検討中

**（FAXで申し込んでいただいた後、確認のため [hp@lifesupport.or.jp](mailto:hp@lifesupport.or.jp)（担当：武村）までメールをお送り下さい。こちらから申し込み完了の通知メールを送らせていただきます。）**

↓ FAX 住吉総合福祉センター 06-6678-7573