**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】