令和７年度　同行援護従業者現任研修　受講申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申込日 | 令和7年　　月　　日 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日生　　　　　　歳 |
| 事業所名 |  |
| 事業所住所電話・FAXメールアドレス | 住所：電話：　　　　　　　　　　　　　　FAX：メールアドレス： |
| ガイドヘルパー経験 | 年　　　　か月 |
| 緊急連絡先 |  |
| 　現場で感じている課題や困りごと自己流になっていると感じる場面これまでのヒヤリハット体験　また、演習も含め研修内容のリクエストがありましたらご記入ください。 |  |
|  |
| 受付番号　　　　　　 　　　 　　　　　 　　　　　 　　　　　　　　　　  | 新潟県視覚障害者福祉協会　　　担当者：吉田TEL：025-381-8118　FAX:025-381-8120E-mail：jiritsushien0253818118@gmail.com |