

社会福祉法人常陸青山会光風荘同行援護従事者養成研修受講申込書

※申込みはFAXにてお願いします

受講希望日		令和8年 11月 開催(場 所 : つくば)	
氏名	(フリガナ)		性別 男 ・ 女
生年月日	大・昭・平 年 月 日	電話番号	() —
住所	〒		
所属	(現在事業所等に所属されている方はご記入下さい) 名 称 所在地 電話番号		
資格	(該当される方は番号にマルをつけてください。またカッコ内に実施機関および取得年月日をご記入下さい) ①視覚障害者移動介護従業者養成研修終了 ②訪問介護員(ホームヘルパー) ③介護職員基礎研修終了 ④介護福祉士 ⑤全身性・知的障害者移動介護従業者養成研修終了 ⑥アレルギーの有無(具体的に記入お願いします) [] ※上記資格保有している方も講義の免除はありません。		

※問合せ・申込先
社会福祉法人常陸青山会 光風荘
〒315-0003 茨城県石岡市谷向町13-23
(担当 : 吉本・山本)

TEL: 0299-22-5811
FAX: 0299-22-2577