

同行援護従業者養成研修 受講申込書

令和 年 月 日

入校希望日	A. 一般課程 令和 年 月 日 ~				
	B. 応用課程 令和 年 月 日 ~				
ふりがな氏名				生年月日	S・H 年 月 日生 () 歳
住所	〒 -			連絡先 (受講者)	TEL () - 携帯 []
勤務先	名称			連絡先 (勤務先)	TEL () - FAX () -
受講費用	研修課程	受講料	テキスト代*	合計	*テキストはA・B共通です。
	<input type="checkbox"/> A 一般課程	22,000円	<input type="checkbox"/> 2,200円	24,200円	<input type="checkbox"/> A' + B + C - 3,000 = 37,700円
	<input type="checkbox"/> A' 一般課程 (※2)	7,700円	<input type="checkbox"/> "	9,900円	* AとBの両方を受講される場合、3,000円を割引致します。
	<input type="checkbox"/> B 応用課程	16,500円	<input type="checkbox"/> "	18,700円	
	*複数でお申込みの場合、1名につき1,000円を割引致します。				
事務局記入欄	割引制度の適応 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 紹介 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
	申込日 [/] ・ 確認者サイン []			受講決定通知 [/]	
	入金確認 [/] ・ 未 (/) 支払予定			FAX ・ 窓口 ・ 郵送	

■本研修の一般課程に相当する研修(下の①・②・③のいずれか)を修了された方は、以下の質問にお答えください。

[研修名] ①ガイドヘルパー養成研修 ②視覚障害者移動介護従業者養成研修 ③視覚障害者外出介護従業者養成研修

1. 修了した研修および修了年月日を記入してください。

研修の名称(上の番号で) [] 修了年月日 [年 月 日]

2. 平成30年4月1日までに、視覚障害者(児)へ直接業務に1年(通算180日)以上従事しましたか。

いいえ →の方は、「同行援護従業者養成研修一般課程の受講が必要」です。

はい →の方は、「同行援護従業者養成研修一般課程の修了」=上表のA' で受講できます。

➡ 研修修了証明書のコピー 実務経験証明書(別紙1) を添付してお申込みください。

ご紹介(※1)	<input type="checkbox"/> ご紹介者の氏名: [] eメール []
---------	--

[受講申込方法]

◎ 受講申込書に必要事項を記入の上、必要な書類を添付し、郵送・FAXまたは持参をしてください。

※1. ご紹介特典: 紹介して下さった方と紹介された方それぞれへ、1,000円プレゼント!

プレゼントは、申込者の受講料より「2,000円」を割引するかたちをとらせていただきます。

※2: 視覚障害者移動介護従業者養成研修等修了者が、一般課程を受講する場合の受講料です。

◎ 受講申込書を確認した方へ受講決定通知書を送付いたします。

◎ 受講決定は先着順とし、定員(20名)になり次第申込を締め切らせていただきます。

◎ 受講料は、原則として受講1週間前までに銀行振込または持込にてお支払いください。

なお、開講決定後の受講費用の返還はいたしませんのでご注意ください。

※ ドゥーイットではお申し込みをされた方の個人情報を講習会以外の目的で使用することはありません。

振込先)	大分銀行 医科大学前支店
	口座番号 (普通) 5240878
	口座名義 (有) ドゥーイット(代) ^{みうらともえ} 三浦 知枝 (入るところまででよいです)

*振込手数料はお客様負担でお願いします。