

ガイドヘルパー養成講座 参加者募集

大阪府指定48号 移動支援従業者養成研修（知的課程）

- ☆受講対象者 (下記の①～③全てに該当する方)
- ①知的障がい者に対する移動支援に従事することを希望する方。
 - ②全講義・全実習を指定した日時、場所で受講できる方。
 - ③ボランティア活動等、社会福祉に関心がある方。
- ☆実施期間 ~~第一回 平成29年6月18日(日)・6月24日(土)・6月25日(日)~~
第二回 平成29年11月25日(土)・11月26日(日)・12月2日(土)
各3日間
- ※開講1カ月前より、受付を行います。
- ☆開講場所 永寿の里 ^{いろは}彩羽（地下鉄 谷町線 八尾南駅下車徒歩10分）
- ☆募集人員 10名（応募多数の場合は、抽選をいたします。）
※規定定員に達しない場合は、開講中止といたします。
- ☆申し込み方法 別紙申し込み用紙に必要事項を記入のうえ、封書にて郵送してください。
※受講の可否は、書面で連絡いたします。受講が決定した方は、開講の7日前までに、受講料をお支払いください。
期限を過ぎても、入金が確認できない場合は、受講を辞退したものと判断し、決定を取り消しさせていただきます。
- ☆受講費用 学生 2000円 一般 8000円（実習保険料が含まれています）
※上記受講料のほか、テキスト代2,808円が必要です。
- ☆申し込み 〒547-0014
・問合せ 大阪市平野区長吉川辺3-20-14 電話 06-6700-0500
社会福祉法人 永寿福祉会 永寿の里 ^{いろは}彩羽 担当 太口

地域生活支援事業によって定められている、知的障がい者の移動支援事業を行う資格が取得できます。当研修は、大阪府の指定を受けております。

社会福祉法人 永寿福祉会
 理事長 村田 真由美 様

下記の事項に同意の上、受講を申し込みます。

ふりがな		生年月日	性別
氏名		平成・昭和 年 月 日 歳	男 女
ふりがな			
住所	〒		

連絡先	自宅		携帯	
勤務先又は学校名				
資格等				
最終学歴	(学校名)			卒業
	年	月		
志望動機			

個人情報守秘に関する誓約書

研修期間中に知りえた障がい者ご本人及びご家族の個人情報に関して、
 研修中はもちろんの事、研修終了後も漏洩いたしません。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印 _____

記

- 1 平成18年10月の制度変更により移動支援事業の従業者要件が変更され、移動支援事業は市町村が実地する地域生活支援事業に移行し、従業者要件も市町村によって異なります。研修終了後、契約されるヘルパー事業者にご確認ください。
- 2 研修費用は受講決定通知後に会場に持参又は銀行振り込みにてお支払ください。受講料納入後のキャンセルによる返金は一般8,000円 学生2,000円とします。テキスト代は受講者負担とし、後日、冊子を郵送します。尚、送料・振込手数料は返金額から差し引きます。
- 3 実習中の保険加入のため、住所・氏名・生年月日・性別の情報は保険会社に報告します。その他、本研修に関する受講者ご本人への案内、大阪府への本研修実績報告以外に申込用紙に記載された情報は使用しません。
- 4 研修時の実習中に知りえる利用者個人情報保護のため、誓約書に署名捺印してください。

※事業所使用欄

受付No	受付日	受講決定通知日	入金日	備考
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	