富士宮市障がい療育支援課　宛　（FAX：0544-22-1251）

**令和５年度富士宮市同行援護従業者フォローアップ研修**

**受講申込書**

申込日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講希望日※どちらかに〇印 | **①　１０月３１日（火）** | **②　１１月１５日（水）** |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　　歳） |
| 現 住 所 | 〒　　　　－ |
|  |
| 連絡先（日中の連絡が可能な番号） | 自宅　（　　　　　）　　　　　－ |
| 携帯　（　　　　　）　　　　　－ |
| 同行援護従業者養成研修の修了状況 | 修了日 | 平成・令和　　　　　　年　　　　　　月 |
| 研修実施機関 | 富士宮市 ・その他（　　　　　　　　　 　） |
| 事業所所属について | 所属の有無 | 有　　・　　無 |
| ※事業所に所属している方 | 事業所名 |  |
| 所在地 | 富士宮市・富士市・その他（　　　　　　市） |
| 経験年数 | 　　　　　　　　年　　　　　　　か月 |
| ※今回の研修で確認したいこと、支援中に感じた疑問等を下記にご記入ください。研修内容の参考にさせていただきます。（例：バスやタクシーの乗降支援・基本動作について確認したい等） |