

知的障害者ガイドヘルパー養成講座 受講申込書

4月講義・5月実習コース  5月講義・6月実習コース  6月講義・7月実習コース

ご希望のコースをお選びいただき、にシ点を入れて下さい。

※この紙を印刷して以下の各項目にご記入後 FAX でお申込み願います。プリンターやFAXをお持ちでない方は、以下の項目を簡条書きにしてメール送信する方法でも構いません。

また、受講者の方には後日ご自宅へ案内等の書類を郵送させていただきます。

ふりがな

- ・氏名：\_\_\_\_\_ ・生年月日\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
- ・性別（男・女） \_\_\_\_\_ ・年齢（\_\_\_\_歳）
- ・住所：（〒 \_\_\_\_\_ ）
- \_\_\_\_\_
- ・ご職業：\_\_\_\_\_ ・学校名もしくは勤務先名：\_\_\_\_\_
- ・電話：\_\_\_\_\_
- ・FAX：\_\_\_\_\_
- ・携帯電話：\_\_\_\_\_
- ・ご本人のメールアドレス：\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_
- ・保有資格等：\_\_\_\_\_
- ・連絡の取れる時間帯：\_\_\_\_\_（自宅・携帯）
- \_\_\_\_\_
- ・どちらで（どなたから）この講座をお知りになりましたか？（○で囲んで下さい）  
大阪府HP ・ ライフサポート協会HP ・ パンフレットなど  
紹介（ \_\_\_\_\_ さん） ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）
- ・今回ガイドヘルパーの資格を取得しようと思われた動機やきっかけを教えてください。
- \_\_\_\_\_
- ・講座受講にあたって、何か配慮を希望される方はご記入下さい。
- \_\_\_\_\_
- ・資格取得後、当法人でガイドヘルパーとして活動したいですか？（○で囲んで下さい）  
はい ・ いいえ ・ 検討中

（FAXで申し込んでいただいた後、確認のため [hp@lifesupport.or.jp](mailto:hp@lifesupport.or.jp)（担当：武村）までメールをお送り下さい。こちらから申し込み完了の通知メールを送らせていただきます。）

↓ FAX 住吉総合福祉センター 06-6678-7573

☆番号をよくお確かめの上、お送り下さい☆