自立生活センター・東大和　宛

**知的障害者移動支援従業者（ガイドヘルパー）養成研修　受講申込書**

申込日：　２０２０年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  **氏 名** |  | |
| **住 所** | 〒 | |
| **生年月日** | 年　　　月　　　日（　　　歳） | |
| **連絡先**  ※日中連絡が取れる番号をお知らせください。 | 自宅電話 |  |
| 携帯番号 |  |
| FAX |  |
| **現在の職業 等**  **学生の場合は、学校名・学年** |  | |

**申込みの動機**

**障害者（児）に関わった経験はありますか。**

　　 有 ・ 無

⇒　有りの方は、大まかな内容を記載してください。

**研修終了後、知的障害者のガイドヘルパーとして働く希望はありますか。**

１．働きたい　　　　２．検討している　　　　３．わからない



**ご意見・ご要望等があればご記入ください。**