

精神障害者介護ヘルパー研修 申込書

社会福祉法人 萌

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名	男・女		(満 歳)
住所 (自宅)	〒 —		
電話/FAX (自宅)	電話 携帯	FAX	
勤務先 (日中連絡が とれる所)	勤務先名		
	〒 —		
	電話	FAX	
ホームヘルパー	資格	有 (級) ・ 取得見込 (級)	
	経験	有 (年 月) ・ 無	
ホームヘルパー 登録事業所名		精神障害のある方 への支援の経験	有 ・ 無

《実習希望》 希望 → あり ・ なし (どちらかに丸をお付けください。)

実習希望の方は、12月10日(月)～12月14日(金)の間で実習希望日を記入してください。その中からこちらで日程調整させていただきます。施設実習は、当法人が運営する障害福祉サービス事業所または地域活動支援センターで行います。

施設名	実習希望日				
	10日(月)	11日(火)	12日(水)	13日(木)	14日(金)
えいぶる(高田)					
おかわり(高田)					
マインドホーム(高田)					
Pit 八木(檀原)					
ぴあぽーと(檀原)					

申し込み締め切り 11月16日(金)

申し込み先 ホームヘルプステーションさくらんぼ
(平日 9:00～17:30)

電話 0743(54)0800
FAX 0743(54)0811

担当 城野、中村、木村