様式第１－１号（第４条関係）

移動支援事業従事者研修受講調書

年　月　日

所在地

事業者　名称

代表者氏名　　印

高石市地域生活支援事業に係る移動支援事業者の登録申請にあたり、当該事業所に配置する移動支援に従事する者の研修受講状況について、下記のとおりお知らせします。

記

従事者氏名	受講・修了した研修名及びその証明書の交付を受けた日（該当に〇）	
	研修名	交付日
	・視覚障害者移動介護従業者養成研修 ・全身性障害者移動介護従業者養成研修 ・知的障害者移動介護従業者養成研修 ・その他（　　）	
	・視覚障害者移動介護従業者養成研修 ・全身性障害者移動介護従業者養成研修 ・知的障害者移動介護従業者養成研修 ・その他（　　）	
	・視覚障害者移動介護従業者養成研修 ・全身性障害者移動介護従業者養成研修 ・知的障害者移動介護従業者養成研修 ・その他（　　）	
	・視覚障害者移動介護従業者養成研修 ・全身性障害者移動介護従業者養成研修 ・知的障害者移動介護従業者養成研修 ・その他（　　）	
	・視覚障害者移動介護従業者養成研修 ・全身性障害者移動介護従業者養成研修 ・知的障害者移動介護従業者養成研修 ・その他（　　）	
	・視覚障害者移動介護従業者養成研修 ・全身性障害者移動介護従業者養成研修 ・知的障害者移動介護従業者養成研修 ・その他（　　）	
	・視覚障害者移動介護従業者養成研修 ・全身性障害者移動介護従業者養成研修 ・知的障害者移動介護従業者養成研修 ・その他（　　）	
	・視覚障害者移動介護従業者養成研修 ・全身性障害者移動介護従業者養成研修 ・知的障害者移動介護従業者養成研修 ・その他（　　）	
	・視覚障害者移動介護従業者養成研修 ・全身性障害者移動介護従業者養成研修 ・知的障害者移動介護従業者養成研修 ・その他（　　）	