

貴団体名 _____ (ご担当者名: _____)

郵便番号 _____ TEL _____ FAX _____

ご住所 _____

E-mail _____

【ご希望内容】以下にご記入または○をつけてください。

・研修目的 ⇒ _____
・希望日時 ⇒ _____年 _____月 _____日～ _____日 (午前・午後・夜・午前午後) 日程が決まっていない場合のご希望の曜日や時間帯 (_____)
・予定受講人数 ⇒ _____名
・研修会場 <講義> _____ (決まっている範囲で) <実技> _____
・ご希望のカリキュラム (下記「1」～「8」を○で囲んで下さい) 1. 福祉有償運送運転者講習 (初任者向け/2日) 2. セダン等運転者講習 (初任者向け/3時間程度) 3. 市町村運営有償運送等運転者 (初任者向け/1日) 4. インストラクター養成 養成したい科目: _____ 5. その他の運転者研修 (ご希望の科目を○で囲んでください) <講義> 移動サービス概論・利用者の理解・接遇介助・福祉車両について 運転適性検査・運転に必要な知識と心構え・リスクへの備えと対応 <実技> 車椅子操作・移動介助 (かたヘルプ)・介護講習 (体位変換・移乗等) 運転実技講習 (乗降介護の体験含む)・福祉車両の操作・救急時対応 <その他> 具体的に _____
運転者研修テキスト 「移動サービス 認定 運転者講習テキスト」(表紙: オレンジ色) ・ 全員持っている ・ 一部の人は持っている ・ 全員持っていない
他団体の受講希望者の受け入れ ・ 可 ・ 不可 (受け入れ可能な場合、全国移動ネットホームページに掲載 ・ 可 ・ 不可)
【その他のご要望】 _____

特定非営利活動法人 全国移動サービスネットワーク (全国移動ネット)

〒156-0055 東京都世田谷区船橋 1-1-2 山崎ビル 204 号 TEL:03-3706-0626/FAX:3706-0661

E-mail : info@zenkoku-ido.net URL http://www.zenkoku-ido.net/