

様式第 6 号（第 8 条関係）

入間市心身障害者通学等移動介護人登録申請書

年 月 日

（あて先）入間市長

申請者（本人） 住 所
氏 名
電話番号

入間市心身障害者通学等移動介護人派遣事業実施要綱第 8 条の規定により、介護人として登録を受けたいので、次のとおり申請します。

生年月日	年 月 日
緊急時連絡先	(携帯電話番号等)
介護可能日	介護できる曜日、時間帯等

研修等の修了 状況	資格・研修名	資格・修了番号	資格取得・研修修了年月日
介護経験の具 体的内容			
備考			