公益社団法人 虹の会
音楽健康福祉士事務局 行

MAIL: rainbow@nijinokai.or.jp
FAX: 03-5642-8401
TEL: 03-5642-8400

「キャラバンヘルパー」登録申請

（フリガナ） 申込者氏名			申込日	年　月　日
音楽健康福祉士 資格No.				
応募理由 （いくつでもあてはまるものに〇をつけてください）	1. 研修で学んだことを実践してみたい　2. 勤務先以外の体験を広げたい 3. 社内教育担当者として経験を広げたい　4. 地域の福祉に貢献したい 9. その他 具体的にご記入ください（　　）			
連絡先	メール アドレス			
	電話	（携帯）　（固定電話）　－　－		
電話による連絡 希望時間帯		（日中）　時 ～ 時　（夜間）　時 ～ 時		
キャラバン視察 希望地域 （注1）		※ 視察を希望する都道府県名を記入してください。（複数可） 1.　2.　3.		
キャラバン ヘルパー 参加条件	希望地域	※ キャラバンヘルパーとして参加を希望する都道府県名を記入してください。（最大2ヵ所まで） 1.　2.		
	参加希望 キャラバン （注1・2）	※ 希望するキャラバンに〇をつけてください（複数可） 1. 全国キャラバン（開催地域は47都道府県持ち回りで実施） 2. 近隣キャラバン（実施地域は、東京・神奈川・千葉・埼玉に限定して実施）		

通信欄

注1）キャラバンの実施日・実施会場（施設等）は虹の会のHPを参照ください。なお、全国キャラバンの開催は期初に各都道府県の福祉課等と、近隣キャラバンの開催は会場（施設等）運営者と調整のうえ随時決定していきますので、HPへの掲載は決定し次第の逐次更新として運営していますこと、予めご了承ください。

注2）「全国キャラバン」の基本形は、月曜日～木曜日の連続4日間（同一都道府県内）となり、月曜日のみ午後1回、以外の曜日は午前・午後の各1回の計7回実施します。この7回から1回以上でのキャラバンヘルパーを募ります。
「近隣キャラバン」は基本的に1日単位（曜日は限定されません）で午後1回のみの開催となります。

事務局使用欄