



2020年度（第40期）

ダスキン障害者リーダー育成海外研修派遣事業
「海外研修計画・私たちの夢」

2020年度（第40期）ミドルグループ研修（グループ用）参加申込フォーム

以下のフォームに必要な項目を入力の上、送信をクリックしてください。

※入力情報は一時保存できません。ご注意ください。

1. 申込情報入力

2. 申込情報確認

3. 申込完了

| | |
|---------------------------------|---|
| 必須 (1) グループ名 | 20字以内で入力してください。 <input type="text"/> |
| 必須 (2) グループ名 (フリガナ) | カタカナで入力してください。(20字以内で入力してください。) <input type="text"/> |
| 必須 (3) グループリーダー氏名 | 姓: <input type="text"/> 名: <input type="text"/> |
| 必須 (4) グループリーダー氏名 (フリガナ) | カタカナで入力してください。 姓: <input type="text"/> 名: <input type="text"/> |

グループ連絡先（勤務先又は学校名、施設名）について

| | |
|--------------------------------|--|
| 必須 (5) グループ連絡先名 | <input type="text"/> |
| 必須 (6) グループ連絡先名 (フリガナ) | カタカナで入力してください。 <input type="text"/> |
| 必須 (7) グループ連絡先郵便番号 | <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| 必須 (8) グループ連絡先住所 | <input type="text"/> |
| 必須 (9) グループ連絡先住所 (フリガナ) | カタカナで入力してください。 <input type="text"/> |
| 必須 (10) グループ連絡先電話番号 | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| 必須 (11) グループ連絡先メールアドレス | <input type="text"/> (▼確認のため再入力) |

「海外研修計画・私たちの夢」

「海外研修計画・私たちの夢」の作成の参考のために、事務局では過去の研修派遣先一覧（障がい種別ごと）をホームページに掲載していますのでご参照ください。

| | |
|-----------------------------------|---|
| 必須 (12) 研修希望の国 | 100字以内で入力してください。 <input type="text"/> |
| 必須 (13) 研修テーマ | 100字以内で入力してください。 <input type="text"/> |
| 必須 (14) 研修内容・計画 | 300字程度にまとめて入力してください。 <input type="text"/> |
| 必須 (15) グループ内での問題意識・議論について | 研修テーマ・内容を設定するに至った、グループ内での問題意識や議論を書いてください。 (150字程度にまとめて入力してください。) <input type="text"/> |
| 必須 (16) 研修機関（組織） | 100字以内で入力してください。 <input type="text"/> |
| 必須 (17) 研修期間（研修開始日） | ---- ▼ 年 -- ▼ 月 -- ▼ 日 |
| 必須 (18) 研修期間（研修終了日） | ---- ▼ 年 -- ▼ 月 -- ▼ 日 |
| 必須 (19) 研修期間(日数) | 数字で入力してください。 <input type="text"/> 日間 |
| 必須 (20) 応募グループ結成経緯について | 応募グループはどのような経緯で編成されましたか？（100字程度にまとめて入力してください。) <input type="text"/> |

| | |
|-------------------------|--|
| 必須 (21) 帰国後の活動予定 | 海外研修修了後、帰国してからの活動について書いてください。(300字程度にまとめて入力してください。) <div style="border: 1px solid #ccc; height: 100px; margin-top: 10px;"></div> |
|-------------------------|--|

グループのメンバーと構成について

| | |
|-------------------------|---|
| 必須 (22) グループ合計人数 | (23) ~ (32) までの合計人数を入力してください。 <input style="width: 100px;" type="text"/> 人 |
|-------------------------|---|

| | |
|-----------------------|--|
| 必須 (23) 研修生の人数 | 研修生（障がい当事者）は、3名以上で入力してください。 <input style="width: 100px;" type="text"/> 人 <small>※介助者、支援者、通訳などのスタッフを含めて8名程度まで</small> |
| (24) スタッフの人数 | <input style="width: 100px;" type="text"/> 人 |
| (25) 介助者の人数 | <input style="width: 100px;" type="text"/> 人 |
| (26) 支援者の人数 | <input style="width: 100px;" type="text"/> 人 |
| (27) 日本語-外国語通訳の人数 | <input style="width: 100px;" type="text"/> 人 |
| (28) 日本（語）手話通訳の人数 | <input style="width: 100px;" type="text"/> 人 |
| (29) 外国（語）手話通訳の人数 | <input style="width: 100px;" type="text"/> 人 |
| (30) コーディネーターの人数 | <input style="width: 100px;" type="text"/> 人 |
| (31) その他 | (23) ~ (30) 以外の同行者がいる場合、その同行者の役割をできる限り詳しく入力してください。(100字以内で入力してください。) <div style="border: 1px solid #ccc; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |
| (32) その他（人数） | (31) に該当する方の人数を入力してください。 <input style="width: 100px;" type="text"/> 人 |

下記の「個人情報に関する取扱いについて」をご確認いただきご本人及び保護者ならびに親権の代表者の同意上、お申込下さい。同意いただけない場合は、受け付けることが出来ません。あらかじめご了承ください。

個人情報に関する取扱いについて

1. 利用目的

応募書類や提出書類の個人情報は、ダスキン障害者リーダー育成海外研修派遣事業の審査選考や研修派遣の目的で利用いたします。

2. 第三者提供について

応募書類や提出書類の個人情報は当財団でのみ利用し、ご本人および保護者ならびに親権の代表者の許可なく、第三者に提供することはありません。（法令等による場合を除く）

3. 個人情報に関するお問い合わせ先

名称：公益財団法人 ダスキン愛の輪基金

所在地：〒564-0063 大阪府吹田市江坂町3-26-13 ダスキン江坂町ビル

TEL：06-6821-5270（平日 9：30～11：30、13：00～17：00）

FAX：06-6821-5271

個人情報に関する取扱いに同意する

申込情報を確認する