



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」

フォーム送信後に証明写真を別途メールで送付いただけます。詳しくは確認メールをご確認ください。

2020年度（第40期）ミドルグループ研修（メンバー用）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) 氏名	姓: <input type="text"/> 名: <input type="text"/>	
必須 (4) 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"/>	
必須 (5) 性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	
必須 (6) 生年月日	---- ▼ 年 -- ▼ 月 -- ▼ 日	
必須 (7) 2019年9月30日現在の年齢	<input type="text"/> 歳	
必須 (8) 郵便番号	<input type="text"/> - <input type="text"/>	
必須 (9) 住所	<input type="text"/>	
必須 (10) 住所 (フリガナ)	カタカナで入力してください。 <input type="text"/>	
必須 (11) 電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
必須 (12) メールアドレス	<input type="text"/> (▼確認のため再入力) <input type="text"/>	

勤務先（所属部署）又は学校名（学部・学年） 施設名（種類）について

必須 (13) 勤務先名	学校の場合は「学校名」、施設名の場合は「施設名」を入力してください。 <input type="text"/>
必須 (14) 勤務先名（フリガナ）	カタカナで入力してください。 学校の場合は「学校名」、施設名の場合は「施設名」を入力してください。 <input type="text"/>
必須 (15) 所属部署	学校の場合は「学部・学年」、施設の場合は「施設種類」を入力してください。 <input type="text"/>
必須 (16) 郵便番号	<input type="text"/> - <input type="text"/>
必須 (17) 勤務先住所	<input type="text"/>
必須 (18) 勤務先住所（フリガナ）	カタカナで入力してください。 <input type="text"/>
必須 (19) 勤務先電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

「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 (20) 自分史	あなたと障がいとの関係についてお聞きします。障がいを持つ者として、社会生活の中での経験やジレンマ、社会に対して言いたいこと、どのように自分や社会が変わっていきたいか等々、今までの自分を振り返って、生きてきた節目にどのようなことを感じてきたのか、「自分史」を書くつもりで自由に記述してください。（600字程度にまとめてご入力ください） <input type="text"/>
必須 (21) セールスポイントについて	海外研修にあたり、あなたのセールスポイントを入力してください。（200字程度にまとめてご入力ください） <input type="text"/>

<p>必須 (22) 志望動機について</p>	<p>ダスキン障害者リーダー育成海外研修派遣事業を選んだ理由を入力してください。(150字程度にまとめてご入力ください)</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 40px;"></div>
<p>必須 (23) 社会的活動について</p>	<p>あなたが取り組んでいる、また取り組んできた、社会的活動について入力してください。 <障がい当事者運動、社会貢献活動、ボランティア活動など> (200字程度にまとめてご入力ください)</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 60px;"></div>

日常生活の状況について該当する項目にチェックをつけてください (複数チェック可)

<p>必須 (24) 移動方法</p>	<p> <input type="checkbox"/> 車いす (電動) <input type="checkbox"/> 車いす (手動) <input type="checkbox"/> 補助具 (歩行器や杖) <input type="checkbox"/> 白杖 <input type="checkbox"/> 補助犬 (盲導犬、介助犬、補助犬など) <input type="checkbox"/> 介助・支援不要 <input type="checkbox"/> その他 </p>
<p>必須 (25) 飲食</p>	<p> <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助・支援不要 </p>
<p>必須 (26) 衣服の着脱</p>	<p> <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助・支援不要 </p>
<p>必須 (27) 排泄</p>	<p> <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助・支援不要 </p>
<p>必須 (28) 入浴</p>	<p> <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助・支援不要 </p>
<p>必須 (29) 普段のコミュニケーション方法</p>	<p> <input type="checkbox"/> 音声 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 口話 (聴能読話) <input type="checkbox"/> 触手話 (指点字・弱視手話) <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他 </p>
<p>必須 (30) 普段の読み書き</p>	<p> <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 墨字 (一般の活字など) <input type="checkbox"/> 拡大等が必要 <input type="checkbox"/> テキストデータ化が必要 <input type="checkbox"/> その他 </p>
<p>(31) その他必要な介助</p>	<p>上記で「その他」にチェックを入れた方や、その他必要な介助をご入力ください。</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 30px;"></div>

<p>必須 (32) 学歴</p>	<p>学校名・専攻など具体的に入力してください。また、同じような目的で奨学金を受けているか、応募している方は内容を入力してください。(200字程度にまとめてご入力ください)</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 40px;"></div>
<p>必須 (33) 職歴</p>	<p>仕事の内容・期間などもご入力ください。(200字程度にまとめてご入力ください)</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 40px;"></div> <p>職歴がない場合、「職歴なし」とご入力ください</p>

障がいの状況について（重複する障がいの場合でもすべて入力してください。）

必須 (34) 障がい名	重複する障がいがありでしたらすべてご入力ください。 <input type="text"/> 聴覚障がい ○級 など
必須 (35) 障がい者手帳	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない
(36) 障がい者手帳（種）	<input type="text"/> 種
(37) 障がい者手帳（級）	<input type="text"/> 級
必須 (38) 現在の障がいの状態	現在の障がいの状態を具体的にご入力ください。（200字程度にまとめてご入力ください） <input type="text"/>
必須 (39) 既往症	100字程度にまとめてご入力ください。 <input type="text"/> 特になし場合は「なし」とご入力ください。

必須 (40) 趣味及び資格	100字程度にまとめてご入力ください。 <input type="text"/>
-----------------------	---

身元保証人の方について

必須 (41) 今回の応募に同意していますか	<input type="radio"/> 同意している <input type="radio"/> 同意していない
必須 (42) 郵便番号	<input type="text"/> - <input type="text"/>
必須 (43) 住所	<input type="text"/>
必須 (44) 住所（フリガナ）	カタカナで入力してください。 <input type="text"/>
必須 (45) 氏名	姓： <input type="text"/> 名： <input type="text"/>
必須 (46) 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"/>
必須 (47) 続柄	<input type="text"/>
必須 (48) 電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

代理入力してもらった場合は入力してください。

(49) 代理入力してもらった理由	代理入力してもらった場合は理由を入力してください。 <input type="text"/>
(50) 代理入力者名	代理入力してもらった場合は入力してください。 姓： <input type="text"/> 名： <input type="text"/>
(51) 続柄・ご関係	代理入力してもらった場合は入力してください。 <input type="text"/>

必須 (52) この事業に過去に応募したことがありますか	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない
(53) 過去応募歴	過去応募したことがある場合は入力してください。 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 審査まで 例) 2015年、書類・面接
必須 (54) 海外渡航経験について	内容、行先、期間等を入力してください。(200字程度にまとめてご入力ください) <input type="text"/>
必須 (55) この事業について、何で知りましたか	100字以内で入力してください <input type="text"/>

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

