

受 講 申 込 書

私は、社会福祉法人大阪府社会福祉事業団OSJ介護員養成スクール（介護福祉士実務者研修課程）について、受講パンフレットの内容に同意し、受講を申し込みます。

記入日	年 月 日		写真4cm×3cm
フリガナ			
氏名	Ⓜ		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
希望コース	<input type="checkbox"/> 4月開講コース	<input type="checkbox"/> 6月開講コース	<input type="checkbox"/> 11月開講コース
	<input type="checkbox"/> 有資格 <input type="checkbox"/> 無資格		
医療的ケア演習 希望日程	第1希望	A・B・C・D・いずれの日程でもよい	
	第2希望	A・B・C・D	
	第3希望	A・B・C・D	
住所(課題送付先)	〒 _____		
電話番号(自宅)			
電話番号(携帯)			
メールアドレス(任意)			
緊急連絡先	氏名		電話番号
交通手段	<input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input checked="" type="checkbox"/> その他()		
学歴(最終学歴のみ記入)		資格	
年	月	学歴	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修
			<input type="checkbox"/> 訪問介護員2級課程
職歴(最終職歴のみ記入)		<input type="checkbox"/> 訪問介護員1級課程	
年	月	職歴	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程
			<input type="checkbox"/>
自分なりの学習目標(※必ず記入してください)			

※添付書類

- ① 本人確認書類の写し
- ② 修了している研修の修了証明書の写し
(訪問介護員1級・2級課程修了者、介護職員初任者研修、介護職員基礎研修修了者)
- ③ 研修前アンケート

【事務確認欄(受講生は記入しないでください)】

- 受講希望者の自署・押印
 写真の貼付け
 本人確認書類の写し
 取得している資格証の写し

受理日

受付者