

受講申込書（6月開講コース 有資格者）

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	令和 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 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日			
住所(課題送付先)	〒 ー			
電話番号(自宅)				
電話番号(携帯)				
緊急連絡先	氏名		電話番号	
現在の仕事				
<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 介護にチェックされた方 <input type="checkbox"/> 当法人(施設名) <input type="checkbox"/> 他法人		
介護福祉士受験について				
<input type="checkbox"/> 令和5年度介護福祉士受験予定			<input type="checkbox"/> 受験はしない	
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 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