

学籍番号	
------	--

受付日	年 月 日
受付者	

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  
介護職員初任者研修 受講申込書

私は、受講パンフレットの内容に同意し、受講を申し込みます。

写 真
-----

(ふりがな)  
受講者氏名： \_\_\_\_\_ ⑩

受講生情報 (申込み時に記入してください)					
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 ( 歳)				
ご住所	〒 _____				
連絡先	電話	_____			
	携帯	_____			
メールアドレス (任意)	_____				
緊急連絡先	氏名	_____	連絡先	_____	_____
通学的手段 (車での通学は禁止しております)	<input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
学・職歴(最終の学歴・職歴のみ記入)			免許/資格		
年	月	学・職歴	年	月	名 称
自分なりの学習目標等					

【事務確認欄 (受講生は記入しないでください)】

- |   |                              |                               |                               |   |
|---|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 身分証明書の複写は控えましたか？ | <input type="checkbox"/> 本校  | <input type="checkbox"/> 美原校  | <input type="checkbox"/> 春日丘校 | <input type="checkbox"/> 四條畷校           |
| <input type="checkbox"/> 受付日、受付者の自署       | <input type="checkbox"/> 光明校 | <input type="checkbox"/> 高槻校  | <input type="checkbox"/> 豊寿校  | <input type="checkbox"/> OSJとよなかケアスクール校 |
| <input type="checkbox"/> 受講希望者の自署・押印      |                              | <input type="checkbox"/> 春コース |                               | <input type="checkbox"/> 秋コース           |

【裏面に続く】

## アンケート

1) この講座をどのように知りましたか？

- 市の広報       新聞折込       ポスター・ちらし       ホームページ  
 知人からの紹介       その他      (      )

2) 受講しようと思ったきっかけ・動機は何ですか？（複数回答可）

- 福祉業界への就労       現仕事に必要なだから       家族・身内の世話       教養・自己研鑽の為  
 その他      (      )

3) 資格取得後、就労する意向はありますか？

- ある       ない       まだ決まっていない

4) 現在、就労されていますか？

- している       していない

5) 当講座を選んだ理由は何ですか？（複数回答可）

- 受講料金       自宅から近い       受講期間       講師が良い  
 研修施設で働きたい       その他      (      )

6) 当講座受講に際して、期待や不安なこと等あれば自由に記入してください。

ありがとうございました。