

受 講 申 込 書 （5月開講コース）

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	⑩			
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			
研修のコース	5月開講コース(有資格者)			
医療的ケアの 希望コース	第1希望	A ・ B		いずれでもよい
	第2希望	A ・ B		
	※ご希望の日程に添えない場合もありますので、ご了承下さい。			
住所(課題送付先)	〒 - -			
電話番号(自宅)				
電話番号(携帯)				
緊急連絡先	氏名		電話番号	
資格				
<input type="checkbox"/>	介護職員初任者研修	<input type="checkbox"/>	訪問介護員1級課程	
<input type="checkbox"/>	訪問介護員2級課程	<input type="checkbox"/>	介護職員基礎研修課程	
<input type="checkbox"/>	生活援助従事者研修課程	<input type="checkbox"/>	介護に関する入門的研修課程	
現在の仕事				
<input type="checkbox"/>	介護	<input type="checkbox"/>	その他	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
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
(介護職員初任者研修、訪問介護員1級・2級課程修了者、介護職員基礎研修、生活援助従事者研修、介護に関する入門的研修修了者)
- 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