

社会福祉法人大阪自彊館 研修センター
介護職員初任者研修 受講申込書
(西成区教室)

Web の場合：右の QR コードにアクセスして下さい→
FAX の場合：必要事項をご記入の上、下記にご送付下さい
ファックス番号：06-6659-8777



ふりがな	生年月日	
氏名	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
住所	〒	
電話番号		
メールアドレス	@	
在職状況	☐ 在職中 (☐ 福祉業界・ ☐ 福祉以外) ☐ 主婦 (夫) ☐ 学生 ☐ 無職 ☐ 大阪自彊館職員	
	学校名 (学生の方) : ()	
通学手段	☐ 公共交通機関 ☐ 自転車 ☐ バイク ☐ 徒歩 ※駐車場はございません	
一般教育訓練給付の利用	☐ 利用する ☐ しない ☐ 分からない	

ご記入いただいた個人情報は、介護職員初任者研修の目的以外に使用しません
申込受付後、担当者から振込先等のご連絡を差し上げます

アンケート

Q1 この講座を何で知りましたか？

- ☐掲示板 ☐チラシ ☐ホームページ ☐フェイスブック ☐インスタグラム
☐知人・職場の紹介 ☐その他 ()

Q2 受講の動機を教えてください

- ☐資格取得 ☐介護職に就くため ☐社会貢献 ☐家族の世話 ☐その他 ()

Q3 当講座を選んだ理由を教えてください

- ☐料金 ☐自宅から近い ☐受講期間・時間 ☐その他 ()

Q4 当講座へのご希望やご不安がありましたらご記入ください

()

～ご協力ありがとうございました～

(お問い合わせ先) 大阪自彊館研修センター (矢野・樋口) TEL：06-6659-8900

Mail：ojk-tc@ojk.or.jp