

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
(東淀川教室)



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	<input type="checkbox"/> 在職中 (<input type="checkbox"/> 福祉業界・ <input type="checkbox"/> 福祉以外) <input type="checkbox"/> 主婦 (夫) <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 大阪自彊館職員	
	学校名(学生の方) : ()	
通学手段	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 徒歩 ※駐車場はございません	
一般教育訓練給付の利用	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 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 (安原・渡辺) TEL : 06-6659-8900

Mail : ojk-tc@ojk.or.jp