

# 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（令和2年東淀川コース）

私は介護職員初任者研修の受講を申し込みます（太枠をご記入ください）

【申込期日：5月1日（金）】

ふりがな			
氏名	生年月日 昭和・平成 年 月 日（ 歳）		
住所	〒	性別	男・女
電話番号		緊急連絡先	氏名・続柄
メールアドレス	@		電話番号
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		
介護経験	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り【 <input type="checkbox"/> 施設介護 <input type="checkbox"/> 在宅介護 <input type="checkbox"/> 家族の介護 <input type="checkbox"/> その他（ ）】		
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		

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～

申込書は、持参・郵送・FAX・Mail で送付してください。

持参・郵送：〒533-0023 大阪市東淀川区東淡路1-4-49  
（メゾン リベルテ事務所）

FAXの場合：06-6659-8777

Mailの場合：ojk-tc@ojk.or.jp

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