

全身性障がい者移動支援従業者養成研修 受講申込書

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



コース名（お申込みのコースに○）	西成コース		東淀川コース	
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			
	学生の方	学校名		学年
通学手段	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 ※駐車場はございません			

コースのお間違いはないでしょうか。再度ご確認ください。
 学生の方については、学校名・学年のご記入も忘れず願います。
 他、記入漏れないようご確認ください。
 ご記入いただいた個人情報は、移動支援従業者養成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 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