

社会福祉法人大阪自彊館 研修センター

介護福祉士実務者研修（通信） 受講仮申込書

介護福祉士実務者研修の受講の仮申し込みをします

申込日	年 月 日
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
保有資格	<input type="checkbox"/> 下記保有資格なし <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 (<input type="checkbox"/> 当研修センターの介護職員初任者研修を修了された方は、チェック願います) <input type="checkbox"/> 訪問介護員2級課程（ホームヘルパー2級） <input type="checkbox"/> 介護に関する入門的研修 <input type="checkbox"/> 生活援助従事者研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護員3級課程修了者 <input type="checkbox"/> 訪問介護員1級課程修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程修了者 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修修了者 <input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修修了者
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
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

※ご記入いただいた個人情報は、当研修以外に使用しません。

アンケート

Q1 この講座を何で知りましたか

ホームページ チラシ facebook インスタグラム 掲示板 知人・職場の紹介 その他

Q2 ご質問などありましたらご記入ください（メールで返答します）

--

介護福祉士実務者研修 仮申し込み

FAX送信先：06-6659-8777

大阪自彊館研修センター 事務局

TEL：06-6659-8900（平日 9:00～17:30） Mail：ojk-tc@ojk.or.jp