

平成29年度「介護職員初任者研修（知的障がい者対象）」

受講申込書

申込日：平成 年 月 日

ふりがな			性別	男 / 女	年 齢	歳
申込者氏名			生年月日	昭和 / 平成	年 月 日	
現住所	〒 -					
電話番号	自宅： ()		携帯： ()			
最寄り駅	線		駅	徒歩・バス		分
障がい者手帳	療育手帳	A ・ B1 ・ B2	交付日	年 月 日		
	重複の場合	身体障がい者手帳 (級)		精神障がい者保健福祉手帳 () 級		
取得している資格						
現在の所属	(通所 ・ 勤務 ・ その他)					
所属機関住所	〒 (-)					
	電話： ()		FAX： ()			
所属機関担当者	氏名：		メールアドレス：			
紹介者	電話： ()					
研修受講を希望している理由						
申込者ご本人がご記入ください						

大阪府介護職員初任者研修事業者指定番号66

◎ お申し込み・お問い合わせ先 ◎
 社会福祉法人 大阪市障害者福祉・スポーツ協会
 大阪市職業指導センター (担当：那須、尾上)
 〒559-0023 大阪市住之江区泉1-1-110
 電話： 06-6685-9075

※募集期間：平成29年4月24日(月)～平成29年6月2日(金) 必着
 郵送またはご持参にてお申し込みください。 ※FAX不可