

2019年度「介護職員初任者研修（知的障がい者等対象）」受講申込書

申込日： 年 月 日

ふりがな				性別	年齢
申込者氏名				男 / 女	歳
現住所	〒 —				
電話番号	自宅： ()	携帯： ()			
障がい者手帳	療育手帳	A ・ B1 ・ B2	年	月	交付
	身体障がい者手帳	級	年	月	交付
	精神障がい者保健福祉手帳	級	年	月	交付
取得している資格					
現在の所属先名称 ※回して下さい	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 就労移行支援事業所 <input type="checkbox"/> 高齢者施設 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> その他				
所属機関住所	〒 —				
所属機関担当者	電話： ()	氏名：	Eメール： _____		
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)					

＜大阪市委託事業＞＜大阪府介護職員初任者研修事業者指定番号66＞

【個人情報の取り扱いについて】

当申込書にてご提供いただきました「個人情報」を当研修の運営に必要な範囲内にて使用します。
当研修に関する業務以外に使用することは一切ありません。

◎ 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丁目1番110号 電話： 06-6685-9075

※募集期間：2019年4月26日(金)～2019年6月6日(木) 必着

ご持参またはご送付にてお申し込みください。 ※FAX不可