

平成30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30年4月18日(水)～平成30年6月5日(火) 必着  
 ご送付またはご持参にてお申し込みください。 ※FAX不可