

知的障がい者就労支援研修事業

平成27年度 介護職員初任者研修 2次募集 説明会参加申込書

ふりがな			
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	(平成・昭和)	年	月 日 (歳)
連絡先	住所 〒	—	
	電話 ()	—	
	FAX ()	—	
支援機関	普段、相談している支援機関・センターはありますか？ (はい・いいえ)		
	支援機関名		
	電話 ()	—	(担当者:)
日中活動	昼間は、どこに通っていますか？		
説明会 (面接) 同席者	氏名:	本人との関係:	

★平成27年8月5日 (水) までに、郵送またはFAXにてお申込み下さい。

お申込み先
社会福祉法人大阪手をつなぐ育成会
法人事務局
〒537-0023 大阪市東成区玉津2丁目11番28号
FAX 06-6975-3350
担当: 丸田