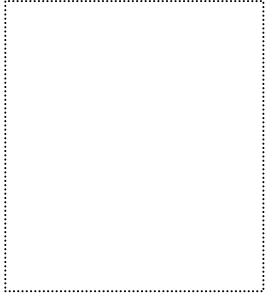


受講申込書・推薦書

介護福祉士実務者養成通信課程

大阪ヴォケーショナルカレッジ

受講受付番号（ ） 学校記載



提出日 平成 年 月 日

ふりかな 氏名		性別	生年月日 (年齢)	年 月 日生 満 才
		男・女		
住所	〒			
連絡先	自宅：TEL	携帯電話：		
	勤務先：TEL			
勤務先住所 施設名	〒			
保有資格及び 取得年月日	ご記入戴の保有資格の写しを添付してください。			実務年数 年 月 現在までの合計年月

推薦者がいる場合のみ、以下へご記入ください。

【推薦する施設・事業所・法人・団体等の名称】
(役職) 推薦者名 印
【ご住所・連絡先】 〒 ☎
【推薦者記載事項】 推薦理由他

ご記入はすべて、黒文字用ボールペンにてお願い致します。(消えるボールペンの使用はご遠慮ください。)