

介護オンブズマン養成講座受講申込書

氏名	フリガナ	年齢	TEL () —
			FAX () —
			メール アドレス
住所	フリガナ		
	〒		
いずれかに○をして下さい () 4月開講木曜コース () 6月開講土曜コース			
職歴（過去・現在を明記）	ボランティアなどの社会活動（過去・現在を明記）		
この講座のことを、何でお知りになりましたか？			

申込書送付先 FAX 06-6975-5223

メール o-netnpo@train.ocn.ne.jp

〒537-0025 大阪市東成区中道3-2-34

介護保険市民オンブズマン機構大阪