

パルシステム介護職員初任者研修  
受講申込書

■申込日：                      年              月              日

ふりがな			写真貼付  本人単身 胸から上 サイズ自由
氏名			
性別	※○を記入ください		
	(   ) 男性	(   ) 女性	
生年月日	年              月              日		
組合員 番号	※組合員のみ記入ください		
現住所	〒		
連絡先	自宅電話番号		
	携帯電話番号		
	メールアドレス		
受講動機	※○を記入ください（複数回答）		
	(   ) 介護の資格をとりたい	(   ) 現在の介護の仕事に生かしたい	
	(   ) 介護の仕事に興味がある	(   ) ボランティア等に生かしたい	
	(   ) 家族の介護に役立てたい	(   ) 将来、役に立つかもしれないから	
	(   ) その他：		
本研修を 選んだ理由	※○を記入ください（複数回答）		
	(   ) 生協だから	(   ) 研修日程がよかった	
	(   ) 価格がよかった	(   ) タイミングがよかった	
	(   ) その他：		
※ご記入いただいた個人情報は、本研修以外の目的には使用いたしません。			【事務局欄】
■申込書の送付先（受付は郵送） 〒169-8527 新宿区大久保2-2-6-5F パルシステム連合会 総合福祉事業推進室 宮下・江田・小澤			受付日
			/
■ご相談窓口 ・パルシステム東京 福祉事業活動部 大塚・磯田 電 話：03-6233-7615 ※10時～14時（土・日・祝日を除く） メール：fukushi@pal.or.jp ・パルシステム連合会 総合福祉事業推進室 宮下・江田・小澤 電 話：03-6233-7473 ※9時～17時半（土・日を除く） メール：sougou-fukushi@pal.or.jp			受付者
			本人確認