

# 介護職員初任者研修 受講申込書

■申込日 : 2020年 月 日

ふりがな			写真添付  本人単身・胸から上 サイズは自由 プリンター印刷 or 画像添付も可 カラーor 白黒も可
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役立てたい ( ) 介護の資格に興味がある                  ( ) 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、役立つかもしれないから ( ) その他：		
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 ( ) 価格が適切だった                              ( ) タイミングがよかった ( ) その他：		
申込書の送付先 郵送 or メール	〒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 (メール) sougou-fukushi@pal.or.jp		受付日  /
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 (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		本人確認 印
本人確認 ※○を記入ください	※研修初日に、下記のいずれかの現物を提示ください。 ( ) 運転免許証                                      ( ) 健康保険証                                      ( ) 戸籍謄本又は戸籍抄本 ( ) 年金手帳    ( ) 住民票    ( ) 住民基本台帳カード ( ) パスポート    ( ) 在留カード等                                      ( ) 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。