

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。