

【2024年9月開講】介護職員初任者研修 受講申込書

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 ・ () 無回答		
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 () 介護の仕事を検討している () 家族の介護に役立てたい () ボランティア等に生かしたい () 将来、役立つかもわからないから () 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 () 特例での実施だから () その他：		
資格取得後の就労について	() キャッシュバック制度を利用して就労を希望します ※就労条件あり () 資格取得のみ () 現在の就労先にて補助を受ける		
申込書の送付先 郵送 or メール	〒169-8527 東京都新宿区大久保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 電話：03-6233-7473 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 和田・磯田 電話 03-6233-7615 メール： fukushi@pal.or.jp		事務局欄
本人確認 ※○を記入ください	※実技演習初日に、下記のいずれかのコピーを提出ください。 () 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。