

パルシステム東京介護職員初任者研修 受講申込書

申込日 年 月 日

フリガナ			性別	男 女	写真貼付 ・本人単身 ・胸から上 ・縦36～40mm 横24～30mm
氏名					
生年月日	明大 昭平	年 月 日			
組合員番号	※ 組合員のみ記入して下さい。 ※ 加入希望者は「加入希望」と記入して下さい。				
現住所	〒 都道 府県				
連絡先	自宅TEL				
	携帯電話				
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()				
受講動機	<input type="checkbox"/> 介護の仕事に就きたい <input type="checkbox"/> 社会貢献のため(ボランティア) <input type="checkbox"/> 介護の仕事をしているので仕事に活かす <input type="checkbox"/> 家族介護に生かしたい <input type="checkbox"/> 介護の資格に興味があった <input type="checkbox"/> その他 ()				
当研修を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 生協のチラシ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 生協(パルシステム東京)のホームページ <input type="checkbox"/> 東京都のホームページ <input type="checkbox"/> その他 ()				
当研修を選んだ理由	<input type="checkbox"/> 生協だから <input type="checkbox"/> タイミングがあっていた <input type="checkbox"/> 研修日程がよかった <input type="checkbox"/> 価格がよかった <input type="checkbox"/> その他 ()				

※ ご記入いただいた個人情報は、当研修以外の目的には使用いたしません。

※ 研修初日に本人確認をします。以下のうち、身分を証明できる書類(1点)をご持参下さい。

- ① 戸籍謄本、戸籍抄本、住民票、② 住民基本台帳カード、③ 在留カード等、④ 健康保険証、⑤ 運転免許証、⑥ パスポート、⑦ 年金手帳、⑧ 国家資格を有する方は免許証又は登録証等

<送付/お問合せ> ※ 受付は郵送のみ。

パルシステム東京 福祉事業活動部

【住所】〒169-8526 東京都新宿区大久保2-2-6ラクアス東新宿7階

【電話】03-6233-7615 【FAX】03-3232-2581

《事務局欄》

本人確認	受付No	受付日	受付者	備考