

介護職員初任者研修 受講申込書

■申込日 : 2019年 月 日

ふりがな			<h3 style="margin: 0;">写真添付</h3> <p style="margin: 5px 0;">本人単身・胸から上 サイズは自由 プリンター印刷 or 画像も可 カラーor 白黒も可</p>
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：		
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 郵送の場合	〒222-0033 神奈川県横浜市港北区新横浜 3-18-16-4F パルシステム神奈川ゆめコープ 福祉事業部 本井 春夫、澤西 憲		受付日
			/
申込書の送付先 メールの場合 (問合せ先)	(メールアドレス)	nukumori@pal.or.jp	
	(電話)	045-470-5702	
	(ファックス)	045-470-4171	
本人確認	※研修初日に、下記のいずれかの現物を提示し、そのコピーを提出ください。 () 戸籍謄本 () 戸籍抄本 () 住民票 () 住民基本台帳カード () 在留カード等 () 健康保険証 () 運転免許証 () パスポート () 年金手帳 () その他、国家資格等の免許証または登録証等：		

※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。