

パルシステム千葉 ケア・アクシス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 | | | | |
| | Eメール | | | | |
| ボランティア等経 | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| 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(パルシステム千葉)のホームページ <input type="checkbox"/> ケア・アクシスのホームページ <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 当研修を選んだ理由 | <input type="checkbox"/> 生協関係だから <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。住所記載・82円切手貼付の封筒を同封下さい。
 パルシステム生活協同組合連合会 総合福祉事業推進室(株式会社ケア・アクシス支援先)
 【住所】〒169-8527 東京都新宿区大久保2-2-6 ラクアス東新宿5階
 【電話】03-6233-7473 【FAX】03-3232-1317

<<事務局欄>>

| 本人確認 | 受付No | 受付日 | 受付者 | 備考 |
|------|------|-----|-----|----|
| | | | | |