

⇒ F A X : 011-790-8580
⇒ メール : info@paletteinc.jp

令和 年 月 日

介護職員初任者研修受講申込書

どちらかに○をして下さい。

私は、__月（ 昼間 ・ 夜間 ） コースの研修を申し込みます。

ふりがな		性別
氏 名		男・女
住 所	〒(-)	
連絡先 ※必須	携帯・自宅・勤務先・ その他 () Tel : Mail :	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳) (西暦 年)	
ご職業 (☑つけて下さい)	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> 医療関係職員 <input type="checkbox"/> その他 ()	
勤務先	勤務先名 住所 (〒 -) 電話番号 :	
日中の連絡方法 (☑つけて下さい)	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 勤務先	
受講理由	<input type="checkbox"/> 福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 資格を取っておきたい <input type="checkbox"/> 勤務先に勧められて <input type="checkbox"/> その他	

○今回ご記入いただいた個人情報は、株式会社パレットの事業運用以外には使用しません。

○この個人情報は、漏えいのないよう弊社規程のもと、厳重に管理いたします。

○修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確に記入してください。

事務局使用欄

受付 :

担当 :