

⇒Fax : 011-790-8580

⇒Mail : info@paletteinc.jp

令和 年 月 日

介護福祉士実務者研修受講申込書

希望するコース名をご記入ください。

私は（ 月コース）の介護福祉士実務者研修の受講を申し込みます。

ふりがな		性別
氏名		男 ・ 女
住所 <small>テキスト郵送先になります</small>	〒 (-)	
電話番号	ご自宅	携帯 (携帯電話をお持ちの方は必須)
メールアドレス	@ ※ご記入いただきましたメールアドレスに申込受付、入金確認メールをお送りいたします。	
生年月日	昭和 ・ 平成 (西暦 年) 年 月 日 (満 歳)	
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 福祉施設職員 <input type="checkbox"/> 医療関係職員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 自営業	
お持ちの資格	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー3級 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 基礎研修 <input type="checkbox"/> 無資格 ※資格者証のコピーの提出が必要です。ご添付ください。	
勤務先	勤務先名 住所 電話番号	
受講理由	<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"/> キャリアアップの為 <input type="checkbox"/> 介護福祉士国家資格取得予定 <input type="checkbox"/> その他 ()	
支払方法 <small>○を付けて下さい。</small>	振込 ・ 現金窓○ ・ オンライン決済	※お支払い期日、方法等お伝えいたします。
○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。また、個人情報は、漏えいのないよう弊社規定の元、厳重に管理致します。 ○終了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確にご記入ください。 ○定員に満たない場合は開講できない場合があります。予めご了承下さい。		
【特記】(何かございましたらご記入下さい。)		

パレットケアカレッジ環状通東校

〒065-0015 札幌市東区北15条東16丁目1-5
ダイアパルスターミナル15 205
T) 011-790-8880 F) 011-790-8580