【2025年10月開講】介護職員初任者研修　受講申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 写真添付本人単身・胸から上サイズは自由プリンター印刷or画像添付も可カラーor白黒も可 |
| 氏　　　名 |  |
| 性　　　別 | ※○を記入ください（　　）男性　・　（　　）女性　・　（　　）無回答 |
| 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　　　（　　）介護の仕事を検討している（　　）家族の介護に役立てたい　　　（　　）ボランティア等に生かしたい（　　）将来、役立つかもしれないから（　　）その他： |
| 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（　　）特例での実施だから　　　　　（　　）その他： |
| 資格取得後の就労について | （　　）キャッシュバック制度を利用して就労を希望します　※就労条件あり（　　）資格取得のみ　　　　　　（　　）現在の就労先にて補助を受ける |
| 申込書の送付先郵送orメール | 〒169-8527　東京都新宿区大久保２－２－６－５Ｆパルシステム連合会　総合福祉事業推進室　宮下・江田・山口電話：03-6233-7473　　　メール：sougou-fukushi@pal.or.jp | 受付日 |
| ／ |
| 相談窓口 | 【パルシステム　東京】　福祉事業活動部　磯田・江澤電話　03-6233-7615　　　メール：fukushi@pal.or.jp | 事務局欄 |
|  |
| 本人確認※○を記入ください | ※実技演習初日に、下記のいずれかのコピーを提出ください。（　　）運転免許証　　　　　　（　　）健康保険証　　　　（　　）戸籍謄本又は戸籍抄本（　　）年金手帳　　　　　　　（　　）住民票　　　　　　（　　）住民基本台帳カード（　　）パスポート　　　　　　（　　）在留カード等　　　（　　）その他 |

※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。