【2025 年 12 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	※〇を記入ください （　　）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 ※〇を記入ください （複数回答）	（　　）介護の仕事がしたい　　（　　）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 ※〇を記入ください （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　　（　　）キャッシュバックがあるから （　　）研修会場が近かったから	
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 （　　）資格の取得のみ （　　）現在の就労先にて補助をうける	
申込書の送付先 郵送 or メール	東京都新宿区大久保 2-2-6　ラクアス東新宿 5F パルシステム生活協同組合連合会　総合福祉事業推進室　宮下　玲 TEL：03-6233-7473　メール：sougou-fukushi@pal.or.jp 神奈川県横浜市港北区新横浜 3-18-16 新横浜交通ビル 4F パルシステム神奈川　総合福祉事業部　福祉事業課　青木 済美 Tel：045-470-5702　メール：nukumori@pal.or.jp	
本人確認 ※〇を記入ください	※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	受付日 ／ 事務局欄

※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。