

## 【2026年5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 カラーor 白黒も可
氏名			
性別	※○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 ※○を記入ください (複数回答)	( ) 具体的に介護の仕事を探している(就職・転職) ( ) 将来の就職の選択肢として検討している ( ) 現在の仕事に活かしたい ( ) 家族の介護に活かしたい ( ) ボランティア活動等に活かしたい (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 ( ) キャッシュバックがあるから ( ) 研修会場が近かったから (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 ( ) 特に希望しない(資格取得のみ・自身で探す・現在の仕事を継続 等) ( ) 現在の勤務先にて補助を受けて受講		
申込書の送付先 郵送 or メール	① パルシステム連合会 〒169-0072 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 山口 高史 行 TEL:03-6233-7473 Email: <a href="mailto:sougou-fukushi@pal.or.jp">sougou-fukushi@pal.or.jp</a> ② パルシステム神奈川 〒222-0033 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 行 TEL:045-470-5702 Email: <a href="mailto:nukumori@pal.or.jp">nukumori@pal.or.jp</a> ※上記 2 箇所のどちらにご送付いただいても同様に受付いたします。 ※メール・郵送 どちらでも受け付けております。		
本人確認書類	※確認した個人情報、本研修以外の目的には使用いたしません。 ※通学初日に、下記のいずれかの原本をご提示ください。確認後、その場で返却いたします。 (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 マイナンバーカード 等)		
パルシステム職員 所属	※パルシステムグループの内部職員のみご記入下さい (例: パルシステム神奈川 新横浜本部 ○○課)		

受付日 ( / ) 受付担当 ( )