

【2026 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 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: sougou-fukushi@pal.or.jp 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: nukumori@pal.or.jp ※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 ()