【2027年1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　・　（　　）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 ※〇を記入ください （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 ※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　（　　）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　山口・宮下・江田 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 ※〇を記入ください	※実技演習初日に、下記のいずれかの原本を確認させていただきます。 （　　）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。