

# 介護職員初任者研修 受講申込書

※太線枠内の必要事項をもちろなくご記入下さい。(修了証に氏名・生年月日が記載されますので正確に記入して下さい)

申込み日	令和 年 月 日	
フリガナ		
氏名	男 ・ 女	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 ( 歳)	
住所	〒 -	
電話番号	自宅 TEL	携帯 TEL
メールアドレス	(連絡がつかない場合にメールを送る場合があります)	
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他( )	
勤務先(学校)	名称 TEL <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正社員・派遣社員・パート等 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 求職中	
介護従事の経験の有無	<input type="checkbox"/> 有 経験年数 年 <input type="checkbox"/> 無し	
受講動機	<input type="checkbox"/> 現在の仕事に必要 <input type="checkbox"/> 資格取得・教養のため <input type="checkbox"/> これから福祉の仕事がしたい <input type="checkbox"/> 家族の介護に役立てたい <input type="checkbox"/> その他( )	
この講座をどのようにお知りになりましたか?	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 折り込みチラシ <input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> 広報婦恋 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
現在の体調	(感染症等がある場合は実習ができないことがありますのでご注意下さい)	
個人情報保護の宣誓お読みになり署名して下さい	私は、当該講座における施設等訪問時に知り得た情報(利用者又は利用者家族又は職員の個人情報、秘密として管理されている営業上の情報であって、公然と知られていない情報)等、第三者が知り得ない情報について、第三者に開示または漏洩しません。なお、これに反し開催者または受入れ施設等及びその利用者等に対して損害を与えた場合は自らの責任において損害を賠償いたします。  署名	

※この申請書及び講座開催によって得た個人情報については、当法人の個人情報保護方針に従い厳重に管理すると共に上記の目的のみに利用します。