

受講者番号

同行援護従業者養成研修 受講申込書

記入日 年 月 日

| | | | |
|---|---|------------|-----|
| フリガナ | | | |
| 申込者氏名 | (印) | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | ※○をつけてください | 男・女 |
| 現住所 | 〒 — | | |
| 連絡先電話番号 | | | |
| メールアドレス | @ | | |
| 上記以外の連絡先 | | | |
| 受講希望コース <input type="checkbox"/> テキスト購入 ※テキストを購入される方は✓を入れてください | 講座名 | 金額(※当社記入欄) | |
| | <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修: 一般課程 | | |
| | <input type="checkbox"/> 同行援護従事者研修: 応用課程(木曜日コース・火曜日コース) <input type="checkbox"/> ※ご希望のコースに○をつけてください ※一般課程の資格をお持ちの方のみ受講できます。資格をお持ちの方は、資格者のコピーを添付して下さい。 | | |
| ※有資格者は資格証のコピー添付 改姓等により証明書の姓名と申込時の姓名が異なる場合は、確認書類として 3 ヶ月以内に発行された戸籍個人事項証(戸籍抄本)が必要となります。 | | | |

受講料のお支払方法

現金一括払い 振込み クレジット払い ※ご希望の支払い方法にチェック(✓)を入れてください

各種割引制度お申込み

紹介割引 修了生割引 学生割引 ペア割引 ※ご希望の割引にチェック(✓)
(紹介者様名:) (修了年月日:) (ペアの方の名前:) を入れてください

※裏面の誓約書についても、必ずご署名とご捺印をお願い申し上げます

誓約書

私は、受講許可となった場合、下記の項目について誓約いたします。

1. 貴校の規則を守り、他の受講者および講師に迷惑をかける行為はいたしません。
2. 本研修のカリキュラムにおける各科目の認定の評価および修了認定については、貴校の基準に従います。
3. 万一、本文に違反した場合は、いかなる処分に対しても異議を申し立てません。
4. 受講料の支払いについて
期日までにお支払いが確認できなかった場合は、貴校の基準に従います。

令和 年 月 日

株式会社スプリングス

就職支援センターはな

介護福祉士実務者研修

学校長 殿



(本人署名)

個人情報の取扱いについて

本稿では、受講申込の際に知り得た個人情報につきましては、下記の通りに利用いたします。

1. 本研修の実施における受講者管理(受講者への連絡、書類等の郵送、証明書発行等)での使用
2. 本研修における効果的な教育や授業実施に向けた活用、および広報活動で使用する統計資料としての使用
3. 本校および本校が実施する他の講座やサービス案内、アンケート依頼等での使用
4. 本校および本校グループ法人での研修、サービスにおけるマーケティング調査および統計資料での活用

上記以外での利用の際には、本人の承諾を得ることといたします。また、情報は厳重に管理し、他の法人等第三者に情報提供することはありません。

本書記載にあたっての留意事項

- 本書の記入にあたっては、**黒ボールペン**(消せるインクのボールペンは不可)で丁寧に記入ください。
- 空白の項目がないよう**すべての項目**(任意箇所を除く)をご記入ください。記入漏れがある場合、受付いたしかねますのでご了承ください。
- 口の箇所につきましては、該当する項目にチェック(✓)を入れてください。また**押印**も必ず行なってください。