

受講者番号

介護職員初任者研修 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			
テキスト	<input type="checkbox"/> テキスト購入	<input type="checkbox"/> テキスト持参	

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

※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. 初任者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。
5. 課題提出について
期日までに課題の提出ができていない場合は、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

介護職員初任者研修

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. 介護職員初任者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. 介護職員初任者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。
- □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。また押印も必ず行ってください。