

重度訪問介護従業者養成研修受講申込書

記入日： 年 月 日

受講希望日	月 日、 日、 日 ※必ずご記入下さい		
フリガナ			
氏名			
住所	〒		
日中ご連絡がとれる電話番号	生年月日 (西暦)	年 月 日生(歳)	
連絡先 緊急	フリガナ	続柄	
	氏名	電話番号	
所属事業所	事業所名		承認印 ※必須
	住所	〒	印
	電話番号		
受講決定通知 郵送先	<input type="checkbox"/> 受講生住所 <input type="checkbox"/> 事業所住所 <input type="checkbox"/> その他 []		
テキスト	<input type="checkbox"/> 購入希望(テキスト代3,800円(税込)申込) <input type="checkbox"/> 購入しない(持っている)		
領収証宛名	<input type="checkbox"/> 受講生氏名 <input type="checkbox"/> 事業所名 <input type="checkbox"/> その他 [] ※受講料は研修初日に現金にてお支払いください。領収証の再発行はいたしません。		
1 介護や福祉、医療に関する資格をお持ちでしたら教えてください。 例) ホームヘルパー、ガイドヘルパー、初任者研修、介護福祉士、看護師、PT、OTなど(取得中、通学中も含む) []			
2 介護経験の有無について <input type="checkbox"/> 介護経験無し <input type="checkbox"/> 介護経験有り ● 経験年数 約 年 ヶ月 ● 経験内容 <input type="checkbox"/> 施設介護 [] <input type="checkbox"/> 在宅介護 [] <input type="checkbox"/> 家族の介護 []			
※事務処理欄(備考)	入金	入力	郵送

※本研修申込書の提出をもって、下記の個人情報の取り扱いに同意したものといたします。

- ・ 社会福祉法人幹福祉会は「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、個人情報を取り扱います。
- ・ 研修申し込みの際に得た個人情報は、研修申し込みに伴う書類発送など、研修の開催・運営を目的として用い、この利用目的の範囲を超えて、個人情報を取り扱うことはいたしません。

※消せるボールペン、鉛筆、シャープペンシル等での記入はご遠慮ください。