

介護福祉士実務者研修（通信課程）

受講申込書

郵送または持参

私は、下記の個人情報使用目的に同意し、受講確認書類を添付または学則を厳守のうえ次の講座受講を申し込みます。

申込記入日 令和 年 月 日 介護の人材育成センター ロジ 行き

※太線枠内の必要事項を漏れなく記入ください。 選択肢は、該当する（ ）に○を付けて下さい。

申込み講座	令和 2年 ( ) 4月 開講講座 ( ) 7月
-------	-----------------------------

申込期限	現在お持ちの資格→	無資格者	ヘルパー2級	初任者研修	ヘルパー1級	基礎研修
	4月開講コース	3月15日(日)				6月15日(月)
	7月開講コース	6月15日(月)				9月15日(火)

※申込期限は、現在お持ちの資格によって異なります。日付は必着日となりますのでご注意ください。

受講確認資料	
<input type="checkbox"/> 介護員資格修了証書の写し(携帯用証明書不可) (無資格の方は不要) <input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し (免許証・パスポートまたは健康保険証) (氏名が変わっている場合は、免許証等裏面記載の写し又は抄本等の原本も合わせてご提出ください。	

ふりがな			性別	男性 ・ 女性
氏名	姓	名		
電話番号	— —	携帯番号	— —	
FAX番号	— —	メールアドレス	( ) なし	@
住所	〒 -			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生			年齢 歳
現在お持ちの資格	<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修                      ※資格証の写しを併せてご提出ください			
職業	<input type="checkbox"/> 介護職【サービス種類：                      】 <input type="checkbox"/> 介護職以外【                      】		介護経験年数	年

【個人情報使用目的】

個人情報の取り扱いについて

- ①弊社からの教育講座のご案内
- ②弊社からの左記以外の講座及び情報等のご案内
- ③弊社からの就職に関するご案内
- ④お客様との連絡及び満足度等の調査

※その他、都道府県に提出する場合があります。

また、弊社監督のもと、業務の一部を委託する場合があります。

<提出先・問い合わせ窓口> 介護の人材育成センターロジ（担当：関） 〒851-2102 長崎県西彼杵郡津町浜田郷632-1 ・受付時間：（月）～（金）の10時～17時 ・電話： 095-894-1109 ※上記の住所・電話番号は”事務所”になります
---