

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 株式会社 ロジ 行き

※太線枠内の必要事項をみ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 6年 | () 5月 | () 8月 | 開講コース |
|--------------|-------|--------|--------|-------|

| | | | | | | |
|-----------|-----------|----------|--------|-------|--------|-----------|
| 申込み 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 |
| | 5月開講コース | 4月15日(月) | | | | 7月15日(月) |
| | 8月開講コース | 7月15日(月) | | | | 10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

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)

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 | | | | | | | | | |
| 氏名 | 姓 | 名 | 性別 | 男性 ・ 女性 | | | | | |
| 電話番号 | - - | | 携帯番号 | - - | | | | | |
| LINE | | | メールアドレス | | | | | | |
| 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 | () 無資格 | | () ヘルパー2級 | | () 初任者研修 | | | | |
| | () ヘルパー1級 | | () 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 | () 介護職 【サービス種類】 | | | 介護経験年数 | | 年 | | | |
| | () 介護職以外【】 | | | | | | | | |

- ◆受講申込取り消し(キャンセル)の受講料等の取扱いについて◆
- *キャンセルの場合は受付時間内にお電話にてご連絡ください。
 - *受講開始後のキャンセル(中途退校)の場合、受講料は返金致しません。
 - *テキスト代につきましては、未使用の場合に限りご返金致します。それ以外は受講開始前後に限らず買取となりますのでご注意ください。

【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>

株式会社 ロジ (担当: 関)

〒851-2102

長崎県西彼杵郡時津町浜田郷632-1

- 受付時間: (月) ~ (金) の10時~17時
- 電話: 095-894-1109