

受講者番号※学校記入	
------------	--

2020年 実務者研修 受講申込書 《専門学校ユマニテク×(株)心和》

1.お申し込み講座内容（実務者研修のみ）

コースコード	会場名	コース名	所有資格等区分
A200312	伊勢二見	伊勢二見 7月	<input type="checkbox"/> 資格無 <input type="checkbox"/> 初任者 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ヘルパー3級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修

2.お申込者

記入日	西暦	年	月	日	性別 (○印記入)	男 ・ 女
フリガナ						
申込者氏名 ※ご記名下さい	<input type="checkbox"/> 印 ※必ず押印してください					
生年月日	西暦	年	月	日生	(満 歳)	
現住所	〒					
連絡先電話番号1	— —		連絡先電話番号2	— —		
※本校からお電話を差し上げる場合、連絡先電話番号1→2の順番で連絡します。電話番号2がない場合は記入不要です。						
メールアドレス (任意)	@					
勤務先名称	法人名					
	施設名 事業所名	(□訪問 □通所 □特養 □老健 □グループ □他)				
勤務先住所	〒 —					
勤務先電話番号	— —		上記連絡先に連絡がとれない場合、勤務先への連絡 □可 □不可			
介護職としての 通算勤務年数 ※過去の勤務先も含む	<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 3年未満 <input type="checkbox"/> 3年以上		国家試験 受験予定	<input type="checkbox"/> 2020年度受験予定 <input type="checkbox"/> 2020年度受験予定なし		

【本書記載の留意事項】

- ・本書の記入にあたっては、黒ボールペン(消せるものは不可)で丁寧に記入下さい。
- ・□の箇所については、該当する項目にチェック(レ)を入れてください。また押印も必ず行って下さい。 ※裏面も必ずご記入、押印ください。

※未成年者の方のお申し込みには保護者の同意が必要です。

介護実務者研修科受講申込に同意いたします。

(保護者名) _____ (印)

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致します。

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致しません。
2. 実務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、本文に違背した場合は、いかなる処分に対しても意義を申し立てません。

西暦 年 月 日

ユマニテク医療福祉大学校 学校長 殿

(本人署名) _____ (印)

個人情報の取り扱いについて

本校では、受講申込の際に知り得た個人情報につきましては下記に利用致します。

1. 実務者研修実施における受講者管理(受講者への連絡、書類等の郵送、証明書発行等に使用)。
2. 実務者研修における、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のご案内、アンケート依頼等での使用。
4. 実務者研修の通信教育で使用するEレポートシステムで使用するビデオセミナー(運営法人:一般社団法人介護福祉士実務者研修センター)への受講者情報登録。
5. 本校および本校グループ法人での研修、サービス等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致します。また、情報は厳重に管理し、上記4を除き他の法人に情報提供することは致しません。

申込書類確認リスト

※申込書類を確認の上、□に☑を付け、同封の返信用封筒でご郵送ください。

下記のチェック☑部分の書類を送付いたします。

- 介護実務者研修科受講申込書(この用紙)1部 ◀記入漏れ、押印(2か所)漏れはありませんか？
- 身分証明書のA4サイズのコピー 1部
- 取得済みの資格証書のA4サイズのコピー 1部(取得資格が無い方は必要ありません)

入金日	
入金額	

※学校側記入