

受講者番号※学校記入	
------------	--



介護福祉士実務者研修 受講申込書

1.お申込み内容（実務者研修のみ）

コースコード	会場	コース名	所有資格等区分
A210311	伊勢	伊勢 5 月	☐ 資格無 ☐ 初任者研修 ☐ ヘルパー1 級 ☐ ヘルパー2 級 ☐ ヘルパー3 級 ☐ 介護職員基礎研修

3.お申込者情報

記入日	年 月 日		
フリガナ			性別 男 ・ 女
氏名			
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 がいない場合は記入不要です。			
メールアドレス	@		
※上記連絡先に連絡が取れない場合に使用します。Yahoo や google 等の PC アドレスを推奨します。			
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	☐ 経験なし ☐ 3 年未満 ☐ 3 年以上	国家試験 受験予定	☐ 第 34 回(令和 3 年度)受験予定 ☐ 第 34 回(令和 3 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。
・訂正がある場合は、必ず二重線で取り消して空白部にわかるよう修正してください。記入・捺印漏れがある場合、受付できません。
・□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。

※裏面も必ずご記入ください。

5.申込に関する確認事項

以下の項目を確認の上、署名・捺印をしてください。

＜重要事項＞ ※確認の為、チェック(レ)を入れてください。

- ☐ 通信学習で利用できるパソコン、タブレット、スマートフォンのいずれかの端末を所持しています。
※Windows、MacOS、iOS または Android 以外の OS の端末は使用できません。(らくらくホン、kindle など)
- ☐ 通信学習のためのインターネット接続環境が整っていることを確認しました。

誓約書

専門学校ユマニテク医療福祉大学校 学校長様

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。

令和 年 月 日

(本人) _____ (印)

私は、上記未成年者(申込者)の親権者として、未成年者(申込者)の実務者研修への申込を同意します。また本研修受講にあたり、保護者として、未成年者(申込者)が貴校に損害を与えたとき及び不都合な行為のあったときは、貴校の指示に従い未成年者(申込者)と連帯し、一切の責任を負うことを誓います。

令和 年 月 日

(保護者) _____ (印)

※申込者が未成年の場合のみ、保護者の承諾を示す署名・捺印が必要です。

＜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. 実務者研修および国家試験対策プログラム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. 実務者研修および国家試験対策プログラムにおける、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レポートシステムおよび国家試験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。