初任者研修・実務者研修　課程（通信）申込書

申込日：平成　　年　　月　　日

ルリ総合学園　宛

写真をはる位置

1. 縦　36～40㎜
　横　24～30㎜
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

私は、介護福祉士　初任者研修　・　実務者研修　課程(通信)に
下記の内容にて受講を申し込みます。

受講希望講座 (該当に○)	1.初任者研修　　2.実務者研修		
住　所	〒　　－ 長崎県　　市		
フリガナ		生年 月日 (西暦)	19　　年 月　　日 (　　歳)
氏　名	男・女		
電話番号	－　　－　　(携帯電話)　　－　　－		
勤務先	名　称: 所在地:　　TEL:		
所持資格 (該当に○)	1.無資格者　2.訪問介護員3級　3.訪問介護員2級　4.訪問介護員1級 5.介護職員基礎研修　6.認知症実践者　7.喀痰吸引等研修修了者 8.介護職員初任者研修　9.その他(　　) **※資格をお持ちの方は、資格者証のコピーを申込時にご提出ください。**		
介護職員としての実務経験の状況	・介護事業所に従事した期間:平成　年　月　日～　平成　年　月　日 (事業所名:　　) ・介護事業所に従事した期間：無し		
受講料の支払い方法	(該当に○) ① 一括　　② 分割(回数; a.2回 ・ b.3回 ・c4回 ・d5回)		
個人情報保護の宣誓	私は、当該講座に知り得た情報(受講者同士の個人情報や介護サービス等利用者又は利用者家族又は職員の個人情報、秘密として管理されている営業上等の情報であって、公然と知られていない情報)等、第三者が知り得ない情報について、第三者に開示または漏洩しないことを同意いたします。 なお、これに反し開催者または受入れ施設等及びその利用者等に対して損害を与えた場合は自らの責任において損害を賠償することに併せて同意いたします。		

＊弊社記入欄

※この申込書及び講座開催によって得た個人情報については、当法人の個人情報保護方針に従い厳重に管理すると共に、上記の目的のみに利用します。