

受講申込書

平成 年 月 日

お持ちの資格	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修		
	<input type="checkbox"/> (有) ウェルフェアにて取得	<input type="checkbox"/> 他校にて取得	* 修了証明書のコピー提出が必要です。

フリガナ		性別	生年月日	昭和・平成	年	月	日
氏名		男 女		満 () 歳			
住所	〒 鹿児島県 市						
電話番号	-	-	携帯 電話番号	-	-		
メールアドレス	@						
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 振込予定日 月 日			<input type="checkbox"/> 現金支払い			
	振込名義:						
介護職経験	現在お勤めの施設 (施設形態)			<input type="checkbox"/> 有る	<input type="checkbox"/> 無い		

当校を初めて知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> 卒業生からの紹介	<input type="checkbox"/> 知人の紹介
	<input type="checkbox"/> Facebook	<input type="checkbox"/> お勤めの施設	<input type="checkbox"/> その他 ()
選んだ理由・動機	<input type="checkbox"/> 金額が安い	<input type="checkbox"/> 自宅から近い	<input type="checkbox"/> 就職支援がある
	<input type="checkbox"/> 対応の良さ	<input type="checkbox"/> 評判の良さ	<input type="checkbox"/> その他 ()
受講の理由・動機	<input type="checkbox"/> 就職に有利	<input type="checkbox"/> 職務上必要だから	<input type="checkbox"/> 知識として持ちたかった
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士国家試験を受験するため		<input type="checkbox"/> その他 ()
現在のご職業	<input type="checkbox"/> 介護職員	<input type="checkbox"/> 会社員 (介護職を除く)	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト
	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 自営業	<input type="checkbox"/> その他 ()
就職支援	<input type="checkbox"/> 就職面談を希望する	通信方法	WEB学習を希望する。 <input type="checkbox"/>

当校記入欄	入金確認日 /	申込連絡 /	その他
-------	---------	--------	-----



〒 890-0056

鹿児島市下荒田1-8-11 松久保ビル3F

TEL : 099-286-0702 / FAX : 099-286-0703

MAIL : info@welfare-kaigo.com

URL : welfare-kaigo.com

講座受講に関する同意書

本同意書は、有限会社ウェルフェアが提供する講座を受講される方と弊社との間に関わる全ての関係に適用します。

下記項目にご同意いただきましたら、□に✓をご記入下さい。

- 1.個人情報の取り扱いについて**
弊社が皆様の個人情報をお預かりすることになりますが、そのお預かりした個人情報の取り扱いについて、下記のように定め保護に努めます。
- 1.取得する個人情報の内容
(1) 基本的情報：氏名、年齢、生年月日、性別、住所（住民票住所）、ご連絡先
(2) 業務経験：資格取得、業務経験歴
- 2.個人情報の利用目的
(1) 当校の講座受講運営業務、研修案内 (2) 就業支援 (3) 指定行政機関への報告
- 3.個人情報の第三者への提供
上記2.(3) 指定行政機関への情報提供
①提供する目的：資格取得修了報告
②提供する個人情報の項目：氏名、生年月日、性別、住民票住所、修了番号
③提供の手段または方法：郵送
④当該情報の提供を受ける組織：鹿児島県社会福祉課
- 4.個人情報の開示請求について

ご本人からの求めにより、当社が保有する開示対象個人情報の「利用目的の通知」、「開示」、「内容の訂正・追加または削除」、「利用または提供の拒否」（「開示等」といいます。）に応じます。開示等ご希望の場合はご本人確認が必要な書類を添付の上、郵送またはFAXにて下記の窓口にご連絡下さい。

- 2.当校（弊社）の養成講座は、特定商取引法上、通信販売に該当し、クーリングオフに該当する規定はありません。**
- 3.当校は、受講者の通学中、受講中の事故、怪我及び第三者に対する賠償責任など、一切の責任を負えませんが、ご承知ください。**
- 4.講師の都合や天災などにより、日程・科目を変更させていただく場合がございますことをご了承下さい。**
- 5.申し込み人数が半数に満たない場合は、開講を中止させていただく場合がございますことをご了承下さい。**
- 6.緊急連絡先について**
- 1.緊急事態が生じた場合に連絡の取れる連絡先（ご本人以外）を、ご記入ください。
2.お申込者に緊急の事態が発生した場合は、下記の連絡先に連絡させていただきます。

有限会社 ウェルフェア 御中
上記事項に同意致します。

平成 年 月 日 氏名

氏名

<緊急連絡先>

氏名

連絡先

続柄

【問い合わせ先】

有限会社ウェルフェア

電話：099-286-0702

FAX：099-286-0703

担当：佐藤／島子