介護職員初任者研修みやまえ通信講座

受講申込書

研修期間：令和5年4月24日～令和5年6月23日

写真貼付
2.5cm×
3.0cm

申込日：　　月　　日

申込者	フリガナ	
	氏 名	印　性別（男 ・ 女）
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（満　　歳）
住 所	郵便番号	〒
	住　所	
	電話番号	
	携帯番号	
緊急連絡先	氏　名	続柄（　　）
	電話番号	
	携帯番号	
現職業	1．会社員　　2．学 生 3．福祉職従事者(常勤・非常勤)　　4．医療職従事者(常勤・非常勤) 5．その他（　　）	
通学手段	1.車　2.バイク　3.自転車　4.バス　5.その他（	

講座修了後の進路について、現時点でどのような職業をご希望されていますか。?

1. 現在の職場で就労予定　2.両親等の介護　3.医療・福祉現場での就労
4. その他（　　）

個人情報の利用目的

本研修事業について、受講者の選定・緊急時対応・受講者への通知等を行うため受講申込書に記載された個人情報を必要最低限の範囲で使用致します。

よって、研修の効果的な運営のために、研修講師が受講者状況を把握等の必要がある時にも同様に必要最低限の範囲で情報提供を行います。