# 株式会社ニッコー・ケイサービスみかげ倶楽部

## 令和７年４月開講　介護職員初任者研修　受講申込書

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申込み日 | 令和　　年　　月　　日 | | 介護職員初任者研修　第　　期コース | |
| フリガナ | | | | 証明写真<br>縦　4㎝<br>横　3㎝<br>直近３カ月以内撮影のもの |
| 氏　名 | ㊞　　男　・　女 | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生（　　歳） | | | |
| 現住所 | （〒　　―　　） | | | |
| 電　話 | 自宅 TEL | ―　　― | 携帯 TEL | ―　　― |
| メール | | | | |
| 職　業 | □ 介護職　□ 会社員<br>□ アルバイト・パート　□ 自営業　□ 無職<br>□ その他　（　　） | | | |
| 介護従事の経験の有無 | □ 有　経験年数　　年<br>□ 無 | | | |
| 健康状態 | | | | |
| 受講動機 | □ 現在の仕事に必要　□ これから福祉の仕事をしようと思っている<br>□ 資格取得の為　□ 職場での勧め<br>□ 家族等の介護の為　□ その他（　　） | | | |
| この講座を何でお知りになりましたか | □ ホームページ　□ 職場、知人等の勧め<br>□ 紹介　□ その他 | | | |
| 緊急連絡先 | | | | |
| 個人情報保護の宣誓<br>お読みになり署名して下さい | 私は、当該講座における施設等訪問時に知り得た情報（利用者又は利用者家族または職員の情報）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ません。なお、これに反し開催者、受入れ施設等の利用者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いたします。<br>署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ | | | |

※本人確認を行いますので、本人と確認できるものを（運転免許証・健康保険証など）をご持参ください。郵送される方はコピーを添付してください。

※この申請書及び講座開催によって得た個人情報については個人情報保護方針に従い厳重に管理すると共に本講座に関する事以外には使用いたしません。

事務局記載欄

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 受付日 | | 受付担当者 | | 本人確認書類 | | 受講料の受領 | | 備考 | |