

年 月 日

介護職員初任者研修受講申込書

介護職員初任者研修の受講を申し込みます。

フリガナ		
氏名		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日	才
住所	〒 -	
TEL	()	
携帯		
FAX	()	
緊急連絡先	()	
勤務先名		
勤務先TEL	()	

※運転免許証や健康保険証などの本人確認書類の写しを添付して下さい。

年 月 日スタート

- ・ 受講の決定は、この「受講申込書」の提出及び、受講料の納付の確認をもってなされます。
- ・ 当日のキャンセルにつきましては受講料は返金できません。それ以前のキャンセルにつきましては①開講日5日前は受講料の20%、②開講日3日前は受講料の30%、③開講日の前日は受講料の50%は返金できません。また、研修の途中でやむを得ない事情で受講が困難となった場合には、純真会事務局に辞退届を提出してください。その場合、受講料の返金はいたしません。
- ・ 当法人の都合により講座を中止した場合には受講料は全額返金いたします。また、激甚災害などの自然災害にて研修遂行が困難となった場合は、当法人と受講生の間で協議を行い、研修の進捗状況等を勘案して、その適当額を返金いたします。
- ・ 原則、欠席者は科目の終了を認めず、当該講座にて同一課程の補講を受講してしてください（無料）。個別の補講を希望する場合は、日程の調整を行い実施となりますが1時間2,000円＋消費税を負担していただきます。
- ・ 介護技術は、基本動作について演習を行い、チェックシートを用いて各動作の習得度の評価を行います。評価はA～Cの3段階とし、B以上を合格基準とします。修了試験（筆記）は、30問出題し、70%以上の得点を合格基準とします。不合格科目については、補講を受講していただき再試験を受けていただきます。
- ・ 受講途中で各講師が介護職員初任者研修資格取得に不適切と判断された場合は退学処分となる場合があります。その場合、受講料の返金はいたしませんのでご了承ください。

医療法人純真会 ほほえみ介護職員初任者研修
〒509-0203 岐阜県可児市下恵土3440-678
TEL(0574)60-3460 FAX(0574)66-6011

上記の内容について、本人に説明し同意を得ました。

年 月 日（説明者）

印