ほほえみ介護福祉士実務者研修　受講申込書

申込日：令和　　年　　月　　日

コース	□　5月開講　　□　6月開講	
所持資格	□　所持資格なし　　□初任者研修修了 □　ホームヘルパー2 級　□ホームヘルパー1 級　□基礎研修	
ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名		男　・　女
	※修了証書等に使用しますので楷書で丁寧に記載下さい。	
生年月日	昭和･平成　　年　　月　　日	歳
住所	〒　　-	
連絡先	（　　）　　携帯（　　） 緊急連絡先（　　）	
勤務先	勤続（　　年　　か月　） 電話（　　） ※演習時のグループ分けの参考にさせて頂きます。	
18 歳 未満の方	ほほえみ介護福祉士実務者研修受講申し込みに同意いたします。 保護者氏名：　　印	
誓約	受講に際し規則を遵守し、勤勉に受講することを誓います。万一違反した場合いかなる処分に対しても意義を申し立てないことを誓います。 本人署名　　印	

アンケート	・岐阜県介護福祉士等修学資金貸付制度利用を希望	はい　・　いいえ
	・教育訓練給付金制度（又はひとり親家庭自立支援給付金制度）を希望	はい　・　いいえ
	・PC、スマホ、タブレットによる E-ラーニング受講ができる	はい　・　いいえ
	・感染予防対策に協力できる	はい　・　いいえ

添付：　運転免許証や健康保険証などの本人確認書類の写し、及び既修得の資格証書の写し

【提出の方法】　申込書及び添付書類を郵送（簡易書留）または事務局へ持参

【受講の決定】　申込書類を受領後、受講決定通知書を送付します。記載の期日までに受講料をお支払いください。

※　申し込みが定員の半数（7 名）に満たない場合は休講となる場合があります。

※　個人情報の保護に関する取扱いについて

当会が知り得た受講予定者及び受講生にかかる個人情報は当法人の定める個人情報保護規定に基づき、適切に取り扱うこととする。