

介護福祉士実務者研修申込書

必要事項をご記入下さい。

※ □ には、該当するものに「✓」を入れて下さい

申込日	【2024年度・第9期分】		2024年 ()月 ()日	
フリガナ				
氏名	修了証はこの名前で発行されます。本人確認書類（運転免許証など）と同じ名前・同じ字体で記入下さい。			
生年月日	S・H ()年 ()月 ()日	年齢	歳	性別 男・女
現住所	〒()-()			
連絡先	自宅TEL ()-()-()	携帯TEL ()-()-()		
	メールアドレス 常時ご利用されているアドレスをご記入下さい。		下記アドレスの登録をお願いします。st_c@hew.coop	
親権者氏名				印
親権者連絡先	ご住所 〒 -	電話番号		

所持資格別 申込み コース	<input type="checkbox"/> 無資格・ヘルパー3級修了者 コース <input type="checkbox"/> ヘルパー2級修了者 コース <input type="checkbox"/> 初任者研修修了者 コース
---------------------	---

介護福祉士受験について	2025年1月に行われる介護福祉士国家資格を受験される予定はありますか？ はい ・ いいえ ・ 検討中
-------------	--

必要 貼付・添付 書類	① 本人確認書（運転免許証等）の写し ⇒裏面（別ページ）にを貼付してください
	② 資格修了証（初任者・ヘルパー2級/3級）の写し ⇒添付して下さい。 無資格の方は不要です。 *申込時点で資格取得中の場合は、通学証明書を添付下さい（修了見込日が「開校日」以降のものは無効）。 ③ 喀痰吸引研修修了書 ⇒添付してください 留意事項：添付する修了証の氏名が本申込書の氏名と違う（旧姓など）場合 運転免許証のウラ面・戸籍謄本など、同一人物であると証明できる書類も添付下さい。

⇒裏（又は2枚目）へ

申込・受付取扱い生協(教室)

〒538-0053
大阪市鶴見区鶴見3-6-24 医療福祉生協本部ビル2階
医療福祉生活協同組合おおさか 介護事業部

教室 処理 欄	受付日	受付担当者	受講生所属	備考
			法人内 法人外	

本人確認書 貼付欄

本人確認書類は、運転免許証・各種健康保険証等の現氏名および生年月日の記載があるものに限りません。裏面に氏名変更の表示がある場合は、表・裏両方のコピーが必要です。

個人情報の取り扱い等同意書

① 個人情報に関する取扱い

① 個人情報に関する取扱い

【個人情報の利用目的】

アンケートやお申込書等で得た「あなたに関する個人情報」は、講座運営または就業支援に関して利用するものであり、それ以外の目的で利用することはありません。また、講座運営及び就業支援に関して、Eメールやダイレクトメール及び郵便等によって連絡をすることがあります。

【個人情報の保管】

「あなたに関する個人情報」は、あなたの講座終了後も厳重な管理体制の下、保管致します。また、お預かりした個人情報に関わる書類は、一定期間保管の後、こちらで責任を持って破棄致します。

【個人情報の提供】

「あなたに関する個人情報」の一部を円滑な実習運営のため実習先に対し、名簿として提供する場合があります。

また、次の項目に該当するものは、あなたの同意なしに開示することがあります。

- 法令に基づく場合（個人情報保護法第16条第3項の1、第23条第1項）
- 国の機関もしくは地方公共団体等に対して協力する場合であって、本人に同意を得ることが当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき（個人情報保護法第16条第3項の4、第23条第4項）

【注意事項】

情報変更が生じた場合は、速やかに個人情報保護管理責任者まで申し出てください。

【お問い合わせ先】

アンケートやお申込書等で得た「あなたに関する個人情報」の内容については、個人情報保護管理責任者にお問い合わせ頂ければ対応致します。

また、内容に誤りがありましたら訂正・削除致しますので、その際は個人情報相談窓口までお申し出ください。

日本医療福祉生活協同組合連合会 総務部 個人情報保護管理者
TEL 03-4334-1580（受付時間 9:00～17:00、土日祝除く）

② 受講に関して

受講にあたり上記内容「個人情報に関する取扱い」及び「学則」をご確認ください。

私は、上記、私に関する「個人情報の取扱い」、「学則」について、同意します。
また、申込の内容、私に関する個人情報の内容に相違がないことを証明します。

2024年 月 日

署名：

印