

受講申込書

フリガナ, 名前, ローマ字表記, 住所, 連絡先, メールアドレス, 緊急連絡先, 学則, 体調について, 雇用状況, どこで知りましたか?, 保有資格, 就職希望

初任者研修, 実務者研修, 同行援護, 福祉用具, 4月 月曜クラス, 5月 土曜クラス, 6月 火曜クラス, 4月クラス, 5月クラス, 6月クラス, Q1. 実務経験の記入をお願いします, Q2. 介護福祉士試験を受ける予定ですか

※お申込書ご記入の上、下記までFAXをお願い致します。 FAX: 043-306-8521 到着後、折返し確認のお電話をさせていただきます。 振込口座 千葉銀行 実籾支店 普通口座 3521922 社会福祉法人初穂会 稲毛ペコリーノ

- ※事務所使用欄 (いづれか1点) ①運転免許証の写し ②健康保険証 ③パスポートの写し ④マイナンバーカード ⑤在留カード 確認者

【個人情報のお取扱について】 個人情報取得の際は、利用目的を特定し、その目的の達成に必要な限度内で取得します。また、個人情報を利用する際は、あらかじめお客様に明示、通知もしくは公表した利用目的の範囲内で利用します。 申込書 確認書 証書 個人情報を取り扱う管理責任者を置き、個人情報について適切な安全管理を行います。また、個人情報の処理等を業者に委託する場合には適切な安全管理が行われるよう監督します。 到着後、折返し確認のお電話をさせていただきます。 運営元：社会福祉法人初穂会