

介護福祉士実務者研修 受講申込書

写 真
添 付

記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日		年 月 日
氏名	年 齢		歳
フリガナ			
住所	〒 -		
連絡がつく 電話番号①	- - -	連絡がつく 電話番号②	- - -
勤務先	名称：		
介護職経験	<input type="checkbox"/> 有り (実務経験： 年 か月) <input type="checkbox"/> 無し		
修了資格	<input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 基礎研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級		
どちらかに○を つけて下さい	事業所より 受講	個人で 受講	*事業所より受講の方は、事業所住所へ 請求書をお送り致します。
テキスト 購入について どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> カラーサで購入		<input type="checkbox"/> 自己で用意 介護福祉士 実務者研修 研修テキスト 中央法規 1~5巻を使用します ※購入される場合は最新のテキストをご購入下さい。
振込金額	84,080 円		70,000円

※個人情報の取り扱いについて

①個人情報の利用目的

弊社は上記研修、及びその他講習業務における講習に関連する必要な機関等、認定申請、関連するアフターサービスのために、個人情報を利用します。また、上記以外で個人情報を利用する際には、改めて利用目的をお知らせし、本人の同意を得ることとします。

②個人情報の管理

弊社は個人情報への不正アクセス、紛失、破壊、改ざん及び漏洩等がおこらないように細心の注意をもってこれを管理します。

③個人情報の開示

法令等により要請を受けた場合を除き、本人の同意なく個人情報を第三者に開示することはありません。

④個人情報の委託

弊社は外部に業務委託、業務提携をすることがあります。その場合の委託先、提携先と秘密保持契約を取り交し、弊社の厳正な管理の下で行います。

※募集要項の同意について

別紙募集要項の内容を十分理解した上で、受講いたします。

上記の内容に同意いたします。ご署名 _____

受講料：テキスト購入… 84,080 円

テキスト不要… 70,000 円

支払方法：一括振込(手数料はご負担ください)

振込先：口座名義 株式会社カラーサ
池田泉州銀行 阪南支店 普通 3160050



株式会社 カラーサ

〒599-0201

大阪府阪南市尾崎町8丁目22-5

TEL : 070-5654-0687

メールアドレス : colorlifesupport@hotmail.co.jp

ホームページ : https://colorlifesupport.com