介護員養成研修受講申込書

ＦＡＸ又は郵送

私は、下記の個人情報使用目的に同意し、受講確認書類を添付また学則を厳守のうえ次の講座受講を申し込みます。

年　　月　　日　　メイクカンパニー合同会社　御中

申込み講座　介護職員初任者研修課程講座　【[　　]月開講[　　]コース】

*太線枠内の必要事項をもれなく記入ください。

ふりがな			性別	男性　・　女性
署名	姓	名		
電話番号	（　　）　　ー		携帯番号	（　　）　　ー
FAX番号	（　　）　　ー			
メールアドレス	@			
住　所	〒　　-			
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生		年齢	歳
訓練給付制度	予定している（　　）　母子給付予定（　　）			
職業	1.介護従事者　（経営者）　2.介護従事者　（従業員） 3..その他（　　） *該当するものに〇を付けて下さい。			
保護者名 ☆1	18歳未満の方は必ず保護者の捺印をお願いします。			㊞

受講確認資料	
①　本人確認書類（1点）	・運転免許証　　・旅券（パスポート） ・写真付き住民基本台帳カード　・外国人登録証明書 ・健康保険証　　・住民票（原本）

事業所名	
事業所住所	
事業所電話番号	

通信欄	申請No.

【個人情報使用目的】

個人情報の取り扱いについて

①弊社からの教育講座のご案内
②弊社からの左記以外の講座及び情報等のご案内
③弊社からの就職に関するご案内
④お客様との連絡及び満足度等の調査

*その他、都道府県に提出する場合があります。また、弊社監督のもと、業務の一部を委託する場合があります。

（個人情報問い合わせ窓口）
・メイクカンパニー合同会社　キャリア・アカデミー
・Tel　059-271-7683
・受付時間：営業日の10時～17時

〒515-0031
松阪市大津町1530

受講申込書の記入方法とご注意

☆1　　18歳未満の方は、必ず保護者の署名と捺印を頂いてください。

送信ＦＡＸ番号　**050-3730-9302**

コンビニＦＡＸ使用　0598-30-5197

SK.KN