

介護職員初任者研修課程

受講申込書

顔写真

4×3cm

3カ月以内

第 期生申込

申込日 年 月 日

受講者氏名 (戸籍上の漢字)	フリガナ	性別
	印	男・女
生年月日	S・H 年 月 日生	歳
住 所	〒 ー	
電話番号		e-mail:
連絡先電話	確実に連絡の取れる電話番号	
職 業	1. 主婦 2. 会社員 3. アルバイト・パート 4. 学生 5. 自営業 6. 介護職員 7. 看護師 8. その他()	
	勤務先名	TEL (呼出し 可 ・ 不可)
修了後の進路	講座修了後、どのように学んだことを生かそうとお考えですか。 1. 介護職として働きたい 2. 家族の介護に生かしたい 3. ボランティアする際に生かしたい 4. 現在の職業に生かしたい 5. その他()	
申込動機		

個人情報のお取り扱いについて

■ウエック介護学院では、講座を申込された方の住所・氏名・電話番号などの、個人情報(以下「個人情報」という)を以下の目的でご提供いただいております。

受講申込後の受講手続きの利用及び講座を円滑に行うための連絡等。

■ウエック介護学院では、ご提供頂いた個人情報を、上記目的のみに利用し、他の目的には使用いたしません。ご提供いただいた個人情報は、弊社の個人情報保護規定に従い厳重に管理しております。

■キャンセルについて■

.

- ・お申し込み予約電話後、8日以内であれば、キャンセルが可能です。
また8日以内に「受講申込書」の送付、「受講料お振込み」の確認ができない場合は、キャンセル扱いとなる場合がございますので、ご了承ください。
- ・お振込み確認後、受講ガイダンスをお届け致します。教材お届け後のお客様都合によるキャンセルの場合はお振込み頂いた受講料の返却はできませんのでご了承ください。
日程等の都合がつかない場合には、コースを変更しての受講をおすすめします。