

社会福祉法人清明会 介護職員初任者研修（通学）受講申込書

申込日 平成 年 月 日

私は、本講座において知り得た情報（受講者同士の個人情報、介護サービス等利用者及び家族、当法人職員の個人情報）等、第三者が知り得ない情報について、第三者に開示または漏洩しないことを同意し、下記の通り申込み致します。

講座名	平成29年度 第1回（平成29年11月11日～平成30年3月24日）		
氏名	ふりがな		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	年齢
		男・女	歳
住所	〒		
連絡先	携帯：	自宅：	
	FAX：	メール：	
お勤め先 学校名等			
本講座をお 知りになっ たきっかけ	（該当する項目に○および記入をして下さい）		
	① 社会福祉法人清明会に就業しており、本講座開講を知った ② ホームページを見て ③ その他（ ）		
研修終了後 の就業につ いて	（該当する項目に○および記入をして下さい）		
	① 現在福祉関係の仕事をしているので、続けていきたい ② 現在福祉関係以外の仕事をしているが、福祉関係の仕事につきたい ③ 知識として介護を知っておきたい ④ その他（ ）		

尚、当法人で開催する介護職員初任者研修に際して、提出頂いた個人情報については、当法人の個人情報管理規程に従い厳重に管理し、本研修以外には使用致しません。

問い合わせ・お申し込み先

社会福祉法人清明会 介護職員初任者研修事務局（担当：松原）

〒276-0004 千葉県八千代市島田台998-4

TEL 047-480-5050 FAX 047-488-8345

ホームページアドレス <http://seimeikai.info>