

# 初任者研修 受講申込書

登録No

申込日 年 月 日

|             |       |       |                     |
|-------------|-------|-------|---------------------|
| お申込み<br>コース | 月 日開講 | 平日コース | 受講場所:日本福祉アカデミー岐阜校会場 |
|-------------|-------|-------|---------------------|

|             |                                    |                             |         |       |             |
|-------------|------------------------------------|-----------------------------|---------|-------|-------------|
| フリガナ        |                                    |                             | 性別      |       |             |
| 氏名          |                                    |                             | 男       | 生年月日  | 昭・平 年 月 日   |
|             |                                    |                             | 女       |       | 西暦( 年)(満 歳) |
| 現住所         | 〒 都 道 市 府 県 郡                      |                             |         |       |             |
| 電話番号        | 携帯<br>電話番号                         |                             |         | FAX番号 |             |
| メール<br>アドレス | @                                  |                             |         |       |             |
| ※お支払い<br>方法 | <input type="checkbox"/> 銀行振込      | 振込予定日                       | 振込名義    |       |             |
|             |                                    | 月 日                         |         |       |             |
| ※介護職<br>経験  | <input type="checkbox"/> 有る( 年 ヶ月) | <input type="checkbox"/> 無い | 現在お勤め施設 |       | (施設形態)      |

|                        |   |  |  |   |   |
|------------------------|---|--|--|---|---|
| ※当校を<br>初めて知った<br>きっかけ | <input type="checkbox"/> Twitter                | <input type="checkbox"/> シカトル            | <input type="checkbox"/> 受講生・卒業生からの紹介 紹介者名( 様)                   |   |   |
|                        | <input type="checkbox"/> Facebook               | <input type="checkbox"/> ケア資格ナビ          | <input type="checkbox"/> 知人の紹介(受講生以外)                            |   |   |
|                        | <input type="checkbox"/> 当校ホームページ               | <input type="checkbox"/> FAXDM送信         | <input type="checkbox"/> お勤めの施設 施設名( )                           |   |   |
|                        | <input type="checkbox"/> 当校からの案内(ダイレクトメール・電話など) |  | <input type="checkbox"/> その他( )                                  |   |   |
| 選んだ<br>理由・動機           | <input type="checkbox"/> 金額が安い                  | <input type="checkbox"/> 通学回数が少ない        | <input type="checkbox"/> 自宅から近い(交通の便が良い)                         |   |   |
|                        | <input type="checkbox"/> 就職支援がある                | <input type="checkbox"/> 対応の良さ           | <input type="checkbox"/> 評判の良さ                                   | <input type="checkbox"/> その他( )           |   |
| 受 講 の<br>理由・動機         | <input type="checkbox"/> 就職に有利だから               |  | <input type="checkbox"/> 職業上必要があったから                             | <input type="checkbox"/> 介護福祉士国家試験を受験するため |   |
|                        | <input type="checkbox"/> 知識として持ちたかった            |  | <input type="checkbox"/> その他( )                                  |   |   |
| 現在の<br>ご職業             | <input type="checkbox"/> 介護職員                   | <input type="checkbox"/> 会社員<br>※介護職除く   | <input type="checkbox"/> パート<br>アルバイト                            | <input type="checkbox"/> 無職               | <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 主婦<br>その他 |
| ※就職支援                  | <input type="checkbox"/> 就職面談を希望する              | ※希望の<br>施設形態                             | <input type="checkbox"/> 通所(デイサービス、デイケア、小規模多機能型)                 |   |   |
|                        | <input type="checkbox"/> 就職面談を希望しない             |  | <input type="checkbox"/> 入所(特養、老健、GH、サ高住)                        |   |   |
|                        |   |  | <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他(障害施設など) |   |   |
| ※希 望<br>就職時期           | <input type="checkbox"/> 資格取得後すぐ                | <input type="checkbox"/> 資格を取り<br>ながら考える | <input type="checkbox"/> 今のところ就職は考<br>えていない                      | <input type="checkbox"/> 現在就業中            | <input type="checkbox"/> 就業先決定済み  |

※印は記入必須でお願いします。

|       |           |                                       |                               |     |
|-------|-----------|---------------------------------------|-------------------------------|-----|
| 当校記入欄 | 入金<br>確認日 | お申込み<br>確認連絡 <input type="checkbox"/> | 案内送付 <input type="checkbox"/> | その他 |
|-------|-----------|---------------------------------------|-------------------------------|-----|

担当者:

# 講座受講に際する同意書

本同意書は、日本福祉アカデミー(以下、弊社とする)が提供する講座を受講される方と弊社との間に関わる全ての関係に適用します。

下記項目にご同意いただきましたら、□に✓をご記入下さい。

## 1. 個人情報の取扱いに関して

弊社が皆様の個人情報をお預かりすることになりますが、そのお預かりした個人情報の取扱いについて、下記のように定め保護に努めます。

### 1. 取得する個人情報の内容

- (1) 基本的情報：氏名、年齢、生年月日、性別、住所(住民票住所)、ご連絡先
- (2) 業務経歴：取得資格、業務経歴

### 2. 個人情報の利用目的

- (1) 当校の講座受講運営業務、研修案内
- (2) 就業支援
- (3) 外部実習受け入れ施設への受け入れ依頼
- (4) 指定行政機関への報告

### 3. 個人情報の第三者への提供

上記2.(3) 外部実習受け入れ施設への提供

- ① 提供する目的：外部実習受け入れ依頼
- ② 提供する個人情報の項目：氏名、性別、年齢
- ③ 提供の手段または方法：電子メール、FAX
- ④ 当該情報の提供を受ける組織：当校契約事業所

上記2.(4) 指定行政機関への情報提供

- ① 提供する目的：資格取得修了報告
- ② 提供する個人情報の項目：氏名、生年月日、性別、住民票住所、修了番号
- ③ 提供の手段または方法：郵送

ただし、下記の場合に、事前に本人の同意を得ることなく、必要な個人情報を関係する第三者に提供する事があります。

- (1) 法令に基づく場合
- (2) 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- (3) 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- (4) 国の機関もしくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

### 4. 個人情報取扱いの委託について

当社、上記利用目的の達成に必要な範囲内で、個人情報の取扱い業務を外部に委託することがあります。

### 5. 個人情報を提供することの任意性について

個人情報のご記入あるいはご提供は任意ですが、ご記入あるいは同意いただけない場合は、お客様が求められる講座およびサービス対応を受けられない場合があります。あらかじめご了承ください。

### 6. 個人情報の開示請求について

ご本人からの求めにより、当社が保有する開示対象個人情報の「利用目的の通知」、「開示」、「内容の訂正・追加または削除」、「利用または提供の拒否」(「開示等」といいます。)に応じます。開示等ご希望の場合はご本人確認が可能な書類を添付の上、郵送または、FAXにて下記窓口へご連絡下さい。

### 7. お問い合わせ

開示対象個人情報の開示等及びお問い合わせの申し出は、下記までお願い致します。

## 2. 当校(弊社)の養成講座は、特定商取引法上、通信販売に該当し、クーリングオフに関する規定はありません。

特定継続的役務取引の指定役務に該当せず、受講お申込後の解約・返金は、一切返金できません。

## 3. 当校は、受講者の通学中、受講中の事故、怪我及び第三者に対する賠償責任など、一切の責任を負いませんのでご了承下さい。

## 4. 講師の都合や天災などにより、日程・科目を変更させていただく場合がございますことをご了承下さい。

## 5. 申込人数が半数に満たない場合は、開講を中止させていただく場合がございますことをご了承下さい。

## 6. 緊急連絡先について

1. 緊急事態が生じた場合に連絡の取れる連絡先(ご本人以外)を、ご記入下さい。
2. お申込者に緊急の事態が発生した場合は、下記の緊急連絡先に連絡させていただきます。
3. 緊急時の際、医療機関等より下記の連絡先の問い合わせがあった場合、提供させていただきます。

株式会社笑顔いちばん 御中

上記事項に同意致します。

平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

緊急連絡先(必須)

氏名 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

### 【問い合わせ先】

株式会社笑顔いちばん  
日本福祉アカデミー岐阜校  
個人情報、苦情及びご相談窓口 担当: 上野 佳奈  
電話: 058-214-3500 FAX: 058-267-6902  
E-mail: info@nichifuku-gifu.com  
(受付時間: 月曜～金曜 9時～18時 祝祭日を除く)