

医療法人社団 曙光会 介護職員初任者養成研修 (平成27年度)

受講申込用紙

(通学・通信併用形式・夜間コース)

第1回(4/23~)	募集 終了
第2回(7/30~)	募集 終了
第3回(11/17~)	募集 終了
第4回(3/03~)	募集 終了

希望する回に○印↑
をお付け下さい。

申込日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

□お申込者氏名・連絡先等

フリガナ		生年月日			
氏名		性別	男 ・ 女	年齢	満 才
住所	〒 _____ (マンション名等も記載願います)				
電話番号	() _____	FAX番号	() _____		
携帯番号		メールアドレス			
ご職業	1. 主婦 2. 学生 3. アルバイト・パート 4. 福祉施設職員 5. 自営業 6. 会社員 7. 公務員 8. 無職 9. その他(_____)				
勤務先Tel	() _____	呼出:(可・不可)	内線: _____		

当事務局からの連絡用に使用しますので、お持ちの方は、e-mailアドレス(携帯でも可)かFAX番号をご記入ください。
 特にe-mailアドレスは、正確に、読みやすい字でご記入くださいますようお願い申し上げます。

※印刷して手書きで記入し、FAXで下記までお送りください。

(F A X 送付先 : 0 3 - 5 3 6 8 - 6 9 7 5)

[※FAX機をお持ちでない方は、コンビニからFAXをご利用くださるようお願いいたします。]
 [※郵便でのお申し込みをご希望の方は、下記の初任者研修事務局宛にお送り下さい。]

□個人情報の取り扱いについて

当法人では、みなさまからご提供いただいた住所・氏名・電話番号・及びe-mailアドレスなど、個人を識別できる情報(「個人情報」)については、個人情報保護規定に則り、適正かつ厳重に管理し、下記の利用目的以外の目的では利用いたしません。

- ①当法人からの教育講座のご案内、資料送付のため
- ②お客様との連絡及び満足度等の調査のため
- ③講座の受講を円滑に行うため

もし、以上の目的以外の目的で利用する場合や利用目的そのものを変更する場合は、事前にお知らせいたします。

【個人情報問い合わせ窓口】

医療法人社団 曙光会 初任者研修事務局
 TEL: 03-5368-6980
 e-mail: admin@shokoukai.com
 受付時間: 月~金 9:00~17:30

〒162-0054 東京都新宿区河田町3-2