

F A X 送付可

医療法人社団 曙光会 ホームヘルパー2級講座申込用紙  
(夜間コース)

申込日 年 月 日

□お申込者氏名・連絡先等

フリガナ 氏名		生年月日 性別	S . H	年 月 日生
			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)		

( F A X 送付先 0 3 - 5 3 6 8 - 6 9 7 5 )

□個人情報の取り扱いについて

当法人では、講座の申し込みをされた方の住所・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(以下「個人情報」といいます)を、下記の目的でご提供いただき、当法人の個人情報保護規定に従い厳重に管理し、他の目的には使用いたしません。

- 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
- ③講座受講を円滑に行うため

【個人情報問い合わせ窓口】

医療法人社団 曙光会 訪問介護員養成研修係  
TEL: 03-5368-6980  
受付時間: 月～金 9:00～17:00