

ガイドヘルパー11月 資格取得講座受講申込書

お申込日	令和 年 月 日		
受講コース	※ご希望の内容に <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください。		
	<input type="checkbox"/> 全身性コース <input type="checkbox"/> 知的コース		
ふりがな			性別 学生の方
お名前			<input checked="" type="checkbox"/> を記入 男・女 <input type="checkbox"/>
	※修了証明書に使用致しますので楷書で正確に記入して下さい。		
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
ご住所	〒 -		
連絡先TEL	- - (自宅) / - - (携帯)		
お持ちの資格・経験	※介護、福祉関係の資格をお持ちでしたらご記入下さい。		
	・		
	※介護、福祉関係の資格をお持ちでしたらご記入下さい。		
	<input type="checkbox"/> 免除希望（勤務先の実務経験証明書の提出が必要）		
当社研修受講実績	<input type="checkbox"/> ガイドヘルパー資格取得講座（ 月開講 全身性コース） <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー資格取得講座（ 月開講 知的コース） <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修（ 月開講コース）		
紹介者	※弊社関係者、講師からの紹介の方はその方の名前をご記入下さい。	当研修の開講 情報入手先	・ご紹介（ ） ・当社ホームページ ・上記外（ ）
会場への交通手段	<input type="checkbox"/> 電車・バス利用（ <input type="checkbox"/> 駅までの送迎希望 <input type="checkbox"/> 自分でいきます） <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク・自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩		

【個人情報の取扱いについて】

事業所の名称	株式会社アスウェル
個人情報保護管理者	個人情報保護管理者 本部長 黒川 洋
利用目的	介護スクールの運営・受講管理、並びにスクールを円滑に履行・管理するため
第三者提供	法令に基づく場合及び本人ならびに公衆の生命・健康・財産を脅かす可能性がある場合を除き、ご本人の同意を得ることなく他に提供することはありません。
委託	個人情報の取扱いの全部又は一部を委託する場合は、当社の厳正な管理の下で行います。
開示等手続き	ご提出頂きました個人情報について、利用目的の通知・開示・内容の訂正・追加および削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止のご希望がございましたら、下記の問い合わせ窓口までご連絡下さい。
任意性等	上記の書類は、ご提出して頂かないと適切な運営等が行えませんので、ご了解ください。尚、受講が修了した書類については、5年以内に責任を持って廃棄し、返却はいたしませんので、予めご了承ください。
個人情報についてのお問い合わせ先	〒583-0876 大阪府羽曳野市伊賀5丁目1-4 株式会社 アスウェル 苦情・相談窓口 電話 072-939-7861 FAX 072-952-4304

【当社記入欄】

[備考]

郵送①	郵送②	受講費用		入金確認	
/	/	/		<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 他（ ）	

◎上記、各事項をご記入頂き、下記FAX宛にお送り下さい。なお、確認書類は別途、郵送願います。

FAX 072-952-4304

書類送付先：〒583-0876 大阪府羽曳野市伊賀5丁目1-4 株式会社アスウェル ひまわり介護スクール