

# 実務者研修 受講申込書

申込日 年 月 日

お申込み コース	校 月生	コース	¥
(税込み)			
お持ちの 資格	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 資格なし		
	<input type="checkbox"/> 日本福祉アカデミーにて資格取得	<input type="checkbox"/> 他校にて資格取得 ※修了証明書のコピーの提出が必要です。	

フリガナ		性別		昭・平	年	月	日
氏名		男	生年月日				
		女		西暦(	年)	(満	歳)
現住所	〒						
	都 道	市					
	府 県	郡					
電話番号		携帯 電話番号		FAX番号			
メールアドレス	@						
お支払い 方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込    振込予定日 月 日		<input type="checkbox"/> クレジットカード	<input type="checkbox"/> コンビニ			
	振込名義 :		<input type="checkbox"/> ATM(ペイジー)				
介護職 経験	現在お勤め施設 (施設形態)			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
テキスト・ 案内 送付先	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> お勤め先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> お勤め先住所 ※送付先がお勤め先 の場合	〒				

当校を初 めて知っ たきっかけ	<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 <input type="checkbox"/> 知人の紹介
	<input type="checkbox"/> Facebook    紹介者氏名 (    様) (受講生以外)
	<input type="checkbox"/> 当校ホームページ <input type="checkbox"/> お勤めの施設 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 当校からの案内(ダイレクトメール・電話など)    施設名 (    ) (    )
選んだ 理由・動機	<input type="checkbox"/> 金額が安い <input type="checkbox"/> スクーリング回数が少ない <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 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 ご職業	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 会社員 (介護職除く) <input type="checkbox"/> パート 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 その他

当校 記入欄	お申込み 確認連絡	同意書 確認	証明書 確認	SF登録	入金 確認	案内 送付							
-----------	--------------	-----------	-----------	------	----------	----------	--	--	--	--	--	--	--

(株)さくらコミュニティサービス

〒001-0040

担当者:

日本福祉アカデミー

札幌市北区北40条西4丁目2-7 札幌N40ビル6F

フリーダイヤル 0120-184-294

FAX 011-707-3986

# 講座受講に際する同意書

本同意書は、株式会社さくらコミュニティサービス 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開く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。
- 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) 業務経験：取得資格、業務経歴
  - 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(当社「メインキャスト」) (3) 指定行政機関への報告
  - 個人情報の第三者への提供  
上記2.(3) 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  
④ 当該情報の提供を受ける組織：北海道石狩振興局  
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
  - 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。
  - 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。
  - 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。
  - 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. 講座により、受講期限が定められている場合がございますのでご注意ください。
3. 1日の講義に定員上限数がございます。上限数に達している講義にはご参加いただけません。
4. 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。
5. 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事がございますことをご了承下さい。
6. 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。
7. 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。
8. キャンセル・日程変更規定  
本講座をお申込み頂き、お客様のご都合によりキャンセル及び日程変更される場合、下記の通り料金が発生しますことを予めご了承下さい。  
**◆講座のキャンセル・日程変更**  
・講座開講日の7日前までのキャンセル、及び日程変更 ..... 無料  
・講座開講日の6日前から前々日までのキャンセル、及び日程変更 ..... 受講料の50%  
・講座開講日前日以降のキャンセル、及び日程変更 ..... 受講料の100%
9. 緊急連絡先について
- 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。
  - 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。
  - 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 さくらコミュニティサービス 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】

さくらコミュニティサービス 日本福祉アカデミー

個人情報、苦情及びご相談窓口 担当: 福尾 靖子

電話: 011-708-8294 FAX: 011-707-3986

E-mail: info@nihonfukushi-academy.com

(受付時間: 月曜～金曜 9時～17時 祝祭日を除く)

個人情報保護管理者: 福尾 靖子