介護福祉士実務者研修　受講申込書

1．お申込み講座（○を１つ付けてください）

コース	対象所有資格	申込
４月	①～④	
５月　A	⑤～⑥	
５月　B	①～④	

2．所有資格区分（○を付けてください）

修了研修（所有資格）			
	①無資格		④訪問介護員2級
	②初任者研修		⑤訪問介護員１級
	③訪問介護員3級		⑥介護職員基礎研修

3．修了研修のテキスト（○を付けてください）　□ 中央法規出版以外　□ 中央法規出版

4．お申込み者

記入日	20　　年　　月　　日	性別（○印記入）	男 ・ 女	証明写真貼付 縦4cm×横3cm 6ヶ月以内に撮影 正面上半身脱帽 写真裏面に 氏名記入
フリガナ				
アルファベット				
氏　名	㊞			
生年月日	昭和 平成　（西暦　　）年　　月　　日生　（満　　才）			
住所	〒　　－			
TEL	－　　－	携帯番号	－　　－	
E-mail	@			

※パソコンからのメールを受信できるアドレスを記入してください。

勤務先名称	法人名	
	施設名 事業所名	
勤務先住所	〒　　－	
勤務先TEL	－　　－	上記連絡先に連絡が取れない場合、勤務先への連絡 □ 可　　□ 不可
介護職としての通算勤務年数	□ 経験なし　□ 3年未満　□ 3年以上　※過去の勤務先を含む	

受講料お支払い方法	□ 現金一括お振込み	□ 現金分割お振込み
教育訓練給付金	□ 申請予定	□ 申請予定なし
実務者研修受講資金貸付	□ 申請予定	□ 申請予定なし

※ プリントアウトされる場合は「両面印刷」でお願いします。

誓約書

私は、受講許可となった場合、下記の項目について誓約いたします。

1．貴校の規則を守り、他の受講者および講師に迷惑をかける行為は致しません。

2．実務者研修のカリキュラムにおける各科目の認定の評価および修了認定については、貴校の基準に従います。

3．万一、本文に違背した場合は、いかなる処分に対しても意義を申し立てません。

年　　月　　日

東京基督教大学　学長　殿

（本人署名）　　㊞

個人情報の取り扱いについて

本校では、受講申込の際に知り得た個人情報につきましては下記に利用致します。

1. 実務者研修における受講者管理（受講者への連絡、書類等の郵送、証明書発行等に使用）。

2. 実務者研修における、効果的な教育や授業実施に向けた活用、および広報活動で使用する統計資料としての使用。

3. 本校および本校が実施する他の講座やサービスのご案内、アンケート依頼等での使用。

4. 実務者研修の通信教育で使用するE レポートシステム（運営法人：一般社団法人KJKへの受講者情報登録。

上記以外での利用の際には、本人の承諾を得ることと致します。また、情報は厳重に管理し、上記4 を除き他に情報提供することは致しません。

問合せ先
学校法人　東京キリスト教学園　東京基督教大学（介護実務者研修担当）
〒270-1347　千葉県印西市内野3-301-5-1
TEL：0476-46-1131　FAX：0476-46-1405　E-mail：kjk@tci.ac.jp