

北医療生協 介護職員初任者研修 受講申込書

記入日 2019年 月 日

 受付 月 日

組合員 ・ 職員（該当に○）

所属（職員の場合）

ふりがな		印
氏名		

生年月日	西暦 年 月 日 （ 歳）
------	------------------

性別	男 ・ 女
----	-------

ふりがな	
現住所	〒 -

電話番号	() -	携帯電話	() -
メールアドレス	@		

志望動機	
------	--

※申込者が未成年の場合は、下記にもご記入ください。

同意書（保護者または親権者）

氏名	印	電話	
住所		続柄	

※裏面にも記入欄があります

以下の項目にお答えください。

就労希望	①資格取得後、生協の介護職員として就労を希望されますか？ 就労したい ・ 就労しない ・ 検討する ②就労したいとお答えの方は、いつ頃から予定されていますか？ (年 月ころより)
------	---

免許・資格	取 得	免許・資格・就労経験
福祉・医療 機関などでの お仕事の 経験があれば 記入ください	年 月	
	年 月	
	年 月	
	年 月	

組合員	①北医療生協の組合員ですか(はい ・ いいえ) ※北医療生協の組合員と家族が対象です。
-----	--

健康状態	①1日7時間程度の講義と実技等を受講することに健康面で問題ありませんか？ 問題ない ・ 少し不安がある ・ 問題がある ②腰痛がありますか 現在もある ・ 今はない ・ 過去もない ③持病はありますか ある（ ） ・ ない
------	--

受講アンケート	この研修をお知りになったきっかけは ①医療とくらし ②北医療生協の事業所 ③ホームページ ④友人・知人 ⑤その他（ ）
---------	---

個人情報の取扱いについて

北医療生協介護職員初任者研修の受講を申し込まれる皆様へ

【個人情報取扱】

- (1)、受講者の個人情報については、本講座に係る必要な範囲で、受講管理業務に使用致します。また、愛知県の管理する名簿に記載されます。なお、外部へ情報が流出しないように厳重に管理し、ご本人の同意なく他の目的で個人情報を利用いたしません。
- (2)、受講者は研修期間中知り得た個人のプライバシーに係る情報は、受講中はもとより受講後も不正に使用または第三者に漏洩しないようにしてください。

【個人情報管理に関する連絡先】

生協わかばの里介護老人保健施設 介護職員初任者研修 担当：藤尾
〒462-0831名古屋市北区城東町5-114 ☎052-914-4121 fax052-914-3017

上記の内容において

☐ 同意する ☐ 同意しない

平成 年 月 日

氏名 _____ 印 _____