

介護職員初任者研修 受講申込書 (2024年10月コース)

| | | | |
|--------------|--|-------|---------------------------------|
| 申込日 | 令和 年 月 日 | | 写真添付 縦4cm 横3cm 裏面に氏名記入 |
| フリガナ | | 性別 | |
| 氏名 | 印 | 男 ・ 女 | |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳) | | |
| 住所 | (〒 -) TEL - - 携帯 - - | | |
| 勤務先 (学校) | 名称： (〒 -) TEL - - 携帯 - - | | |
| 受講希望 | | | |
| 本人確認 | 住民票 ・ 健康保険証 ・ 運転免許証 ・ パスポート 在留カード (在日外国人の方) ・ その他 () | | |
| 実務経験 | 有 ・ 無 (年間) 経験場所： 施設介護 ・ 在宅介護 ・ 家族の介護 その他 () | | |
| 介護への 就労希望 | 無 ・ 有 施設 ・ デイサービス ・ 訪問介護 ・ その他 () | | |

この講座をどのようにしてお知りになりましたか？

| |
|---|
| 広告 ・ ホームページ ・ 職員から聞いた ・ 知人の紹介 ・ その他 () |
|---|

修了証に「氏名」「生年月日」が記載されますので、正確に記入してください

介護職員初任者研修に際して提出して頂いた個人情報については本研修以外には使用いたしません

事務局使用欄

| 受付NO. | 区分 | 受付日 | 受付者 | 入金確認 | |
|-------|--|----------|-----|------|--|
| | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 紹介 | 令和 年 月 日 | | 現金 | |
| | | | | 振込 | |

別添 3

誓約書

社会福祉法人 報謝会
竹井 千代子 様

令和 年 月 日

住所

氏名 印

生年月日 年 月 日

私は、貴施設の受講生として入学を許可されました上は、下記事項を厳守することを誓います。

記

1. 介護職員初任者研修学則及び受講に関する諸規則に従うこと。
2. 申込等提出書類の記載事項は、真実と相違ないこと。また、変更時には速やかに届け出ること。
3. 常に修養に努め、受講生として貴法人と他の受講生に迷惑となるような行為をしないこと。
4. 当訓練において知り得たプライバシーに関する情報は訓練期間中、訓練終了後においても他へ漏らさないこと。
5. 故意または重大な過失により損害を貴法人に与えた時にはその責任を負うこと。
6. 訓練における事故、怪我、病気については、本人の責任において一切を処理すること。
7. 受講生間のトラブルにおいては当事者間で解決し、当法人の責任を追及しないこと。

以上

個人情報等に関する誓約書

介護職員初任者研修
研修事業者
社会福祉法人 報謝会 御中

(個人情報保護の誓約)

第1条 私は、社会福祉法人 報謝会が行う「介護職員初任者研修課程」の受講者として、講義、演習及び実習において知り得た個人に関する秘密等の個人情報については、研修中はもとより、研修終了後においても第三者に故意または過失により開示、提供及び漏えいしたり、自ら使用しないことを誓約します。

なお、個人情報とは、講義、演習及び実習を行う施設及びこれを利用する者に関する個人情報（個人を特定できる情報のほか、家族歴、要介護度、病状、ケアプラン及び提供サービスの内容等）及びその他個人情報保護法に定める事項をいう。

(機密事項の帰属)

第2条 私は、第1条に掲げる研修に関する機密事項については、その一切が研修事業者に帰属することを確認し、私に帰属する旨の主張をしないことを誓約します。

(法令の順守)

第3条 私は、個人情報保護法及び関係法令を遵守し、真摯な態度で研修に励むことを誓約します。

私は、全第1条及び第2条に違反し、個人情報及び機密事項を第三者に開示、提供または漏えいしたり、自ら使用した場合、法的な責任が生じることを十分に理解し、それによって研修事業者が被った損害に対しては、相当の責任を負うことを誓約します。

令和 年 月 日

受講生 住所

氏名

印