

新潟医療生協

介護福祉士実務者研修お申込み方法

1. 下記 URL 若しくは、QR コードへアクセスしてください
<https://forms.gle/29r9LXiG8o3fRsEA6>



2. 下記について、フォームに入力をお願いします。
 1. メールアドレス
 2. お申込者氏名
 3. (氏名) ふりがな
 4. 生年月日 (西暦)
 5. ご連絡先電話番号
 6. 介護福祉士国家試験の受験予定
 7. お申込みコースの選択
 8. その他お手持ちの資格について
 8. 利き手を教えてください

※記載して頂いた内容で、実務者研修修了書を発行いたします。お間違いがないように、入力ください。

(旧字体で名前が変更できない場合は、その旨を教室担当者にお知らせください。)

「次へ」を選択してください

介護福祉士実務者研修お申込みフォーム

必要事項をご記入ください。

*必須

メールアドレス *

メールアドレス

お申し込み者氏名 *

回答を入力

(お申し込み者氏名) ふりがな *

回答を入力

生年月日 (西暦) *

日付

年 / 月 / 日

ご連絡先電話番号 *

回答を入力

お申込みコースを選択ください (ヘルパー2級所持者・初任者研修修了者は、資格証及び、修了書を提出ください) *

無資格・ヘルパー3級修了者

ヘルパー2級修了者コース

初任者研修修了者

3. 個人情報保護の取り扱い等に同意書について一読し「同意」もしくは「同意いただけない」ことの意味をお知らせください。

「送信」を選択してください

個人情報の取り扱い等 同意書

個人商法の取り扱い等同意書

【個人情報の利用目的】
アンケートやお申込書等で得た「あなたに関する個人情報」は、講座運営または就業支援に関して利用するものであり、それ以外の目的で利用することはありません。また、講座運営及び就業支援に関して、Eメールやダイレクトメール及び郵便等によって連絡をすることがあります。

【個人情報の保管】
「あなたに関する個人情報」は、あなたの講座終了後も厳重な管理体制の下、保管致します。また、お預かりした個人情報に関する書類は、一定期間保管の後、こちらで責任を持って破棄致します。

【個人情報の提供】
「あなたに関する個人情報」の一部を円滑な実習運営のため実習先に対し、名簿として提供する場合があります。また、次の項目に該当するものは、あなたの同意なしに開示することがあります。
1.法令に基づき場合（個人情報保護法第18条第3項の1、第29条第1項）
2.国の機関もしくは地方公共団体等に対して協力する場合であって、本人に同意を得ることが当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき（個人情報保護法第16条第3項の4、第29条第4項）

【注意事項】
情報変更が生じた場合は、速やかに個人情報保護管理責任者まで申し出て下さい。

【お問い合わせ先】
アンケートやお申込書等で得た「あなたに関する個人情報」の内容については、個人情報保護管理責任者にお問い合わせ頂けます。また、内容に誤りがありましたら訂正・削除致しますので、その際は個人情報相談窓口までお申し出ください。

日本医療福祉生活協同組合連合会 総務部 個人情報保護管理者
TEL 03-4334-1580 <受付時間 9:00~17:00、土日祝除く>

4. 登録頂いたメールアドレスに、「グーグルフォーム」からフォームの回答メールが届いているか、確認してください。
15分以上回答メールが届かないときは、迷惑メール等のトレイに入っていないか確認してください。迷惑メールにもない場合は、登録頂いたメールアドレスが違う事が考えられます。再度登録をお願いします。
5. 届いた回答メールの内容に間違いがないか確認してください。（※回答メールは、お申込み内容がそのまま反映されています。）間違いがある場合は、再度登録をお願いします。
6. 2週間以内に、下記のお手続きをお願いします。
○お持ちの資格証・修了書及び、身分証明書のコピー（写真つきの身分証明書）の提出。（その際、お申込み教室の担当者に届いた回答メールをみせてください）
7. 受講料を6で支払う方は、発行された領収書は無くさずに保管ください。

以上