

※必ずご記入ください。

WEB用

希望開始日： 月 日 ( ) 開催地：

記入日 平成 年 月 日

氏名	フリガナ	性別	生年月日 (年齢)	昭和 年 月 日
		男・女		満 歳
メールアドレス	(PC用)データ添付が可能なアドレスをご指定ください。			
自宅住所	〒 -			
連絡先	(自宅等)	TEL - -	FAX - -	
	(勤務先)	TEL - -	FAX - -	
現職名	常勤 非常勤 (いずれかに○印を付けて下さい)			
保有資格	介護福祉士 登録番号	取得年月日	昭和 平成	年 月 日
	その他資格			
受講資格について、いずれかにレチェックを付けてください。 <input type="checkbox"/> 介護福祉士の資格を取得後、5年以上の実務経験がある。 <input type="checkbox"/> 大学等の教授、准教授、助教、又は講師である。 <input type="checkbox"/> 養成施設、福祉系高校（一般）で3年以上の教歴がある。※ <input type="checkbox"/> 福祉系高校（特例）で5年以上の教歴がある。※			※教授されている介護の領域の科目名を ご記入ください。	
養成施設名				
学科名				
養成施設 所在地				
開始年度	平成	年度入学生から	(介護過程Ⅲ教育を開始する年度を ご記入ください)	

実務者研修教員講習会を受講したく、上記の者について申し込みます。

株式会社メディカル・プラネット  
代表取締役 野小生 周作 様養成施設名  
代表者氏名

印

修了証は受講最終日にお渡しいたします。修了証には【氏名】【フリガナ】【生年月日】【自宅住所】が記載されますので、  
正確にご記入ください。  
※養成施設名及び、【代表者氏名】【印】は可能な限りご記入・ご捺印ください。(無記入でも、お申し込みは可能です。)

&lt;個人情報の取扱について&gt;

お預かりした個人情報は、「講習会情報の提供」「有益と思われる情報の提供」「サービス向上のための統計情報処理」の目的にのみ使用いたします。ご本人の同意なく第三者に提供することはありません。個人情報についての訂正・  
追加・または削除のお申し出をいただいたときは、直ちに変更・削除をいたします。

※個人情報に関するお問い合わせ先：メディカル・プラネットPMS管理部

メディプラ けあの学校 事務局  
〒108-0075  
東京都港区港南2-4-12  
港南YKビル5階  
TEL No 03-6712-8890  
FAX No 03-5461-2377