

クローバーカフェ 介護職員初任者研修 養成講座申込書  
介護施設実習

お申込み方法は、**郵送**または**FAX**のどちらかをお選びください。  
お問合せ先：049-298-7921

申込み日付 平成 年 月 日

□ お申込み者氏名・連絡先等

フリガナ 氏名	印	生年月日	S・H	年	月	日生	
		性別	男・女	年齢		才	
住所	〒 (マンション名等もご記入ください)						
身分証番号	運転免許証・パスポート・保険証(国保・社保) NO.						
電話番号	-	-	FAX番号	-	-		
携帯番号	-	-					
メールアドレス	PC	@					
携帯は必須	携帯	@					
職業	1・主婦 2・学生 3・アルバイト・パート 4・福祉施設職員 5・ホームヘルパー取得者 6・医療機関職員 7・自営業 8・会社員 9・公務員 10・求職者 11・その他( )						
家族状況	配偶者	あり・なし	同居人数	人	(うち子供	人)	
お申込み者が未成年者の場合は保護者を記入							
氏名	自署	印	生年月日	S・H	年	月	日生
			続柄				
異なる場合のみ	〒		電話番号	-	-		
住所	(マンション名等もご記入ください)						

□ お申込み内容

ご希望のコースにしてください

介護職員初任者研修養成講座

受講料 ￥71,000— (税込)

(テキスト代別途6,000円)

介護施設実習講座

受講料 ￥12,000— (税込)

割引  紹介割 ￥3,000

家族割 ￥5,000

高校生 ￥9,000

大学生 ￥6,000

事業者割 ￥10,000

割引をお使いいただく方はご記入ください

ご紹介者・ご家族・事業者

講座開始希望日 ※介護職員初任者研修のみ

月 日

昼

夜間

□ お支払方法

一括

分割

事務局	担当
受付日	
/	

## 個人情報のお取り扱いについて

■ クローバーカフェでは、講座の申込みをされた方の住所・氏名・電話番号・メールアドレス他、個人を識別できる情報（以下「個人情報」という）を、次の目的でご提供いただいております。クローバーカフェの個人情報保護規定に従い厳重に管理し、他の目的には使用いたしません。

- ① 講座指導・講座記録・資格認定・集計・管理・請求に関する事務処理・介護施設などにおいて行われる受講生の教育実習への協力のため。
- ② ①を行うにあたり、必要範囲を業務委託先・実習協力先へ情報提供するため。
- ③ クローバーカフェの学習支援に関する商品・講座などの情報提供・サービスのため。
- ④ ①・③に関するマーケティング活動（アンケートを含む）・調査分析などのため。
- ⑤ 連絡および質問事項等の返答のため。

■ 個人情報に関するお問合せ先・・・クローバーカフェお客様係