

社会福祉法人 永寿福祉会  
理事長 村田 真由美 様

下記の事項に同意の上、受講を申し込みます。

ふりがな		生年月日	性別
氏名		平成・昭和 年 月 日 歳	男 女
ふりがな			
住所	〒		

連絡先	自宅		携帯	
勤務先又は学校名				
資格等				
最終学歴	(学校名)			卒業
	年	月		
志望動機				

### 個人情報守秘に関する誓約書

研修期間中に知りえた障がい者ご本人及びご家族の個人情報に関して、  
研修中はもちろんの事、研修終了後も漏洩いたしません。

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

#### 記

- 平成18年10月の制度変更により移動支援事業の従業者要件が変更され、移動支援事業は市町村が実地する地域生活支援事業に移行し、従業者要件も市町村によって異なります。研修終了後、契約されるヘルパー事業者にご確認ください。
- 研修費用は受講決定通知後に会場に持参又は銀行振り込みにてお支払ください。受講料納入後のキャンセルによる返金は一般8,000円 学生2,000円とします。テキスト代は受講者負担とし、後日、冊子を郵送します。尚、送料・振込手数料は返金額から差し引きます。
- 実習中の保険加入のため、住所・氏名・生年月日・性別の情報は保険会社に報告します。その他、本研修に関する受講者ご本人への案内、大阪府への本研修実績報告以外に申込用紙に記載された情報は使用しません。
- 研修時の実習中に知りえる利用者個人情報保護のため、誓約書に署名捺印してください。

#### ※事業所使用欄

受付No	受付日	受講決定通知日	入金日	備考
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	