

# ウエルアカデミー 介護職員実務者研修 申込書

■お申込み者氏名・連絡先など

F A X 番号 06-6855-8687

フリガナ		性別	※生 年 月 日
※氏 名		男・女	S・H 年 月 日
※住 所	〒		
※電話番号		※携帯電話	
Mail			
※事業所名			
※所持資格	介護職員基礎研修・ホームヘルパー1級・ホームヘルパー2級・介護職員初任者研修・無資格		

※は記入必須項目です。(電話番号は連絡の取りやすい方をご記入ください。)

**上記の必要事項をご記入の上、下記の各申込み方法にてお申込みください。**

■ F A X でのお申込み

F A X 番号 06-6855-8687 有限会社ボンテ ウエルアカデミー

■ 郵送でのお申込み

〒560-0021

豊中市本町2-2-5 グロウ豊中ビル6F 有限会社ボンテ ウエルアカデミー

■ メールでのお申込み

well-academy@well-seikokai.jp 有限会社ボンテ ウエルアカデミー

■ 《申込み締切日》

**開講日の4日前まで。**

締切日を過ぎての受講希望につきましては、お電話にてご相談ください。

■ 《個人情報の取り扱いについて》

お客様のプライバシーを尊重し、個人情報に対して十分な配慮を行うとともに、大切に保護し、適正な管理を行うことに努めております。

【個人情報の利用目的など】

1. 取得した個人情報は、ご本人の同意なしに目的以外では利用しません。
2. 情報が漏洩しないよう対策を講じ、従業員だけでなく委託業者も監督します。
3. ご本人の同意を得ずに第三者に情報を提供しません。
4. ご本人からの求めに応じ情報を開示します。
5. 公開された個人情報が事実と異なる場合、訂正や削除に応じます。
6. 個人情報の取り扱いに関する苦情に対し、適切・迅速に対処します。

お問い合わせはお気軽にお電話ください。

**06-6855-8686 有限会社ボンテ ウエルアカデミー 担当：高橋**