

## 介護職員初任者研修受講申込書（高校生用）

平成 年 月 日

私は、介護職員初任者研修の受講申し込みに関しまして、裏面『講座受講に際する同意書』に同意いたします。

同意します（左記、の上、必要事項をみれなくご記入下さい）

介護職員初任者研修 平成 29 年 7 月～9 月			
フリガナ 氏 名	印	生年月日	平成 年 月 日 歳
		性 別	
フリガナ 住 所	(〒 - )		
電 話	(日程等をお伝えすることがございますので、日中連絡ができる連絡先を必ずご記入ください。)		
	自宅 ( )		
	携帯 ( )		
学年	_____高校_____年		
(受講生が未成年の場合、保護者の方は自筆で記入し押印して下さい。)			
保護者氏名	フリガナ	緊急連絡先住所	
	印	緊急連絡先電話	
1. 受講修了後、就職を希望されますか ( はい ・ いいえ ) ↓「はい」と答えられた方 2. どのような就職先を希望されますか (例：デイサービス・訪問介護事業所) ( )			
志望動機 _____ _____ _____ _____			

【振込先】 近畿大阪銀行／鶴橋支店 (口座番号) 普通預金 0745464  
 (口座名) 大屋学園 関西社会福祉専門学校

(注) 振込が確認された方より順次、登録させていただきます。

※本人確認のため、申込書に学生証、免許証、保険証等のコピーを添付して下さい。

## 講座受講に際する同意書

本同意書は、学校法人 大屋学園 関西社会福祉専門学校が提供する講座を受講される方と本校との間に  
関する全ての関係に適用します。

### 1. 個人情報のお取り扱いに関して

- ①受講申込時に、免許証、保険証、学生証等により受講希望者の本人確認を行うこととします。
- ②お預かりした個人情報は、当校プライバシーポリシーに基づき管理いたします。なお、大阪府より  
掲示等の指示があった場合には、個人情報の提示を行う場合があります。

### 2. 受講料に関して

指定期日までに口座振込もしくは窓口にて支払うこととします。なお、分割納入を希望する  
場合には、その旨を申込時に申し出ること。修了日までに全額納入がなかった場合には修了書をお渡  
しすることができません。

### 3. 受講料返金に関して

やむを得ない事情で研修を受講できなくなった場合の受講料の返金は、以下の通りとします。

受講開始1週間前以前	－ 全額返金
受講開始7日前から4日前	－ 半額返金
当日から3日前	－ 原則返金しません
受講期間中	－ 原則返金しません

### 4. 受講中の事故等に関して

受講者の通学中、受講中の事故、怪我及び第三者に対する賠償責任など、一切の責任は負  
えませんのでご了承下さい。

### 5. ロッカーの貸出に関して

受講期間中にはロッカーを貸出します。受講時間に不必要なものはロッカーに入れて下  
さい。ロッカーキーを紛失した場合は、修了時に1000円をお支払いいただきます。

### 6. 修了年限について

本講座の修了年限は8ヶ月とします。期限を過ぎると修了書の発行ができなくなります。

### 7. 欠席の取り扱いに関して

本講座は全て出席することが必須ですので、欠席は出来る限りしないで下さい。欠席され  
た場合にはレポート課題・振替補講を設定しますが、1項目につきレポート課題添削代1000円・補講代2500円をお支  
払いいただきます。振替補講を欠席された場合には講座を修了できなくなる場合があります。

### 8. 修了評価に関して

100点満点中60点以上を合格とします。不合格になった場合には1時間の補習の上、再評  
価を行いますが、1時間あたり補習料500円、再試験料1回500円、再評価料1回500円をお支  
払いいただきます。なお、再試験は70点以上を合格とします。