

一般社団法人ドライブワン

キャリアアップ研修 FAX 申込書

※お申し込みにあたり、オンライン研修受講の際は、Zoom がつかえること受診可能なメールアドレスがある事をご確認下さい。

・ 申込研修名(研修名+番号 例)保健衛生②

・ メールアドレス

・ 氏名 (フリガナ・漢字)

・ 生年月日 (西暦)

・ 受講者住所

・ 受講者連絡先

〒

・ 勤務先名称

・ 勤務先住所

〒

・ 現在の職業(チェック)

保育士 幼稚園教諭 保育教諭 看護師 栄養士

その他(左に記入してください)

・ 保育士登録番号(県名+6桁)

・ 個人情報の取り扱いについて(チェックをつけてください)

以下に同意する

研修を実施する上で、知り得た個人情報については、研修運営上必要な次の目的の範囲で利用いたします。研修の受領に係る手続き、研修の実施・運営(受講状況の確認等)、問い合わせ内容、都道府県からの問い合わせ内容・報告(修了状況等)について東京都以外の道府県で勤務する場合、道府県間で研修修了者の情報を共有することにより、当該情報の確認が円滑となることから、指定実施機関は、他の道府県及び市町村に情報を提供することとなります。こうした個人情報の取り扱いについて、受講申し込み時に、同意が必要となり情報を取り扱うこととなります。

FAX 送信先

050-6877-5471

問合せ

一般社団法人ドライブワン キャリアアップ研修事務局

090-9729-2398

driveone.careerup@gmail.com