



労災ホームヘルパー（A）養成研修受講申込書（大阪府用）

フリガナ		生年月日 (年齢)	昭和 年 月 日 平成 (歳)
氏名			
住所	〒		
	電話 () - () - ()		
取得資格	1 看護師、保健師等の資格を有している 2 厚生労働省の定めによる介護職員初任者研修課程 以上を修了している (該当する番号を○で囲んで下さい。)		
所属職業紹介所名称 所在地 (電話)			
振込先 金融機関	銀行・金庫 支店		
フリガナ			
口座名義人			
	(口座名義人は受講申込者と同じであること。)		
預金の種類	1 普通預金 2 当座預金 3 貯蓄預金 (該当する預金の種類の番号を○で囲んで下さい。)		
口座番号			
上記のとおり労災ホームヘルパーの養成研修を受講いたしたく、交通費の金融機関等への振込先を添えて申し込みます。			
令和 4 年 月 日			
一般財団法人労災サポートセンター会長 殿			
受講申込者 印			

(連絡事項)

- 1 申込みを受けた後、研修日程等についてご連絡します。
- 2 取得資格を証明する証明書等の写しを添付してください。
- 3 裏面の別紙「労災ホームヘルパー養成研修における個人情報の取扱いについて」へも記入してください。
- 4 交通費等は、研修終了後、上記の預金口座への振込をもって支払い通知に替えます。

【労災ホームヘルパー(A)養成研修における個人情報の取扱いについて】

一般財団法人労災サポートセンター
個人情報管理者
事業部長 (03-6834-2634)

当財団では、取得する個人情報の保護の重要性を認識し、以下に記載する内容に準拠し、細心の注意を払い、適切な取り扱い及び保護に努めます。

- ①ご提供いただく個人情報は、労災ホームヘルパー(A)養成研修及び労災ホームヘルプサービスのために利用します。
- ②お預かりした個人情報は、ご本人の同意なしに第三者へ提供することはありません。
- ③事業運営等で個人情報の取扱いを伴い業務委託することがありますが、個人情報の保護に関する契約等を締結し、当財団が安全管理措置を充分に実施していると判断する事業者に委託します。
- ④ご本人様の意思によりご提供いただけない部分がある場合、手続きに支障が生じることがあります。
- ⑤お預かりした個人情報について利用目的の通知・開示・内容の訂正・追加又は削除・利用の停止・消去及び第三者への提供の停止をご希望される場合並びに個人情報に関するご相談や苦情は、個人情報相談窓口（電話：03-6834-2539、E-mail：privacy@rousaisc.or.jp）にて承ります。

上記内容に 同意します 同意しません (どちらかに✓をして下さい。)

令和4年 月 日

署 名