

ユニットリーダー研修実地研修申込書

◆受講者基本情報

ふりがな		生 年 月 日	性 別
氏 名		年 月 日	
受 講 番 号	(2 0 __リー____) ※講義・演習修了証明書の右上に記載の数字		

※受講当時から氏名が変更されている場合は、旧姓と現姓の両方を記入ください。

◆お勤めの施設の基本情報

法 人 名	
施 設 名	※法人内異動している場合は、受講当時の施設名を記入。 退職し、別の施設に勤務している場合は、新しい勤務先を記入。
施 設 種 別	<ユニット型> ☐ 介護老人福祉施設 ☐ 地域密着型介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ 短期入所生活介護 ☐ その他（ ） <ユニット型以外> ☐ 介護老人福祉施設 ☐ 地域密着型介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ 短期入所生活介護 ☐ その他（ ） ※該当に☑をいれてください。
連 絡 先	T E L : () ※施設の電話番号を記入してください。
施設管理者	[役職] [氏名] ⑥

※新しい勤務先がユニットケア研修オンライン受講申込システムに登録が無い場合は登録を依頼することがあります。

◆ 申込内容

実地研修施設の希望	
第1希望（必須）	
第2希望（必須）	
※ 受講日程は応募状況を勘案してセンターで決定いたします。（火曜日～金曜日の4日間）	
希望地域の対象を選択	
希望の施設が定員に達した場合、「希望地域の選択」をすることで、推進センターが希望に適した地域で受講決定をさせていただきます。実地研修受講の可能性を広げるため、選択くださいますようお願いいたします。 （※該当に☑をいれてください。） ☐ 同都道府県内 ☐ 隣接都道府県 ☐ 全ての都道府県 ☐ 希望しない	

実地研修をお申込みいただくにあたっての同意事項

- ☐ 募集要項をよくお読みいただき、理解した上でお申し込みください。
- ☐ 実地研修の受講に当たっては、日頃から適切な感染症対策を行い、募集要項及び各実地研修施設の注意事項に則り研修の準備を行ってください。
- ☐ 受講料は振込期間内にお支払いください。
受講料は受講者の決定と同時に発生いたします。
- ☐ 決定後に辞退した場合は下表のとおりキャンセル料等がかかります。
辞退日は当センターへの申請が受理された日付となります。
- ☐ 受講決定後の実地研修施設・日程の変更は一切取り扱いをいたしません。
ただし、受講者の責に帰さない、やむを得ない事情であると当センターが判断した場合は、その限りではありません。

◆キャンセル料

- ・受講開始日の 10 日前までは受講料の半額（50％）がキャンセル料
- ・受講開始日の 9 日前以降は受講料全額（100％）がキャンセル料

◆ 個人情報の取り扱いについて

1. 当センターは本申込書に関わる個人情報を当センターの研修の募集、選定、採択、事務連絡の目的に
関する以外には使用しません。
2. 本人の同意又は法令に基づく場合を除き、取得した個人情報を第三者に提供することがあります。
「提供先」①実地研修施設 ②各ブロックにあるユニットケア連絡会等 ③当センターと関連する団体
3. 個人情報の取扱いの委託について取得した個人情報の取扱いの全部又は、一部を委託することがあります。
なお、委託先につきましては当センターにて管理、監督しております。
4. 保有個人データの開示等および問い合わせ窓口について
当社が保有する個人情報に関して、本人からの利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加または削除、
利用の停止、消去および第三者への提供の停止（以下、「開示等」とう）の請求に応じます。

【お問い合わせ】

一般社団法人 日本ユニットケア推進センター 研修企画課

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台1-8-11東京YWCA会館308号室

TEL : 03-5577-6186 FAX : 03 - 5577 - 6187 MAIL : suishinka@unit-care.or.jp