

第1回

令和7年度 川崎市 医療的ケア教員講習会申込書

<受講者情報>

※氏名は正しく記入をお願いします。修了証に記載します。

申込日	年 月 日	研修日：8月28日(月)			
フリガナ					
氏 名					
生年月日	(西暦) 年 月 日	性 別		年 齢	
看護師資格 取得年月日		看護師取得後 実務経験	年 ヶ月		
住 所	〒				
電話番号 ※		メールアドレス ※	@		

※研修当日に必ず連絡の取れる内容をご記入ください。

<法人・事業所情報>

法人名				
事業所種別		事業所名		
管理者名 施設長名		担当者名	※左記とは別に連絡窓口の方がいる場合は記入。	
事業所 住 所	〒			
電話番号		メールアドレス	@	

<確認事項>

□にチェックをお入れください。

- ☐ 令和7年度川崎市介護職員にかかるたんの吸引等研修 募集要領内「12. 医療的ケア教員講習会の実施」の記載内容を理解した上で申込みをする。

<提出書類> ※申込時 □にチェックをお入れください。

- ☐ ① 令和7年度 川崎市 医療的ケア教員講習会申込書(本用紙)
☐ ② 受講申込における個人情報取得同意書
☐ ③ 看護師免許証の写し

<本研修を知ったきっかけ>

- にチェックをお入れください。
☐ 川崎市HP及び市からのメール
☐ 川崎市老人福祉施設協議会 施設長会
☐ その他()

セントスタッフ株式会社 セントカレッジ 喀痰吸引等研修事務局

(住所) 〒103-0025 東京都中央区日本橋茅場町1-8-3 JP茅場町ビル2階

(TEL) 03-6803-5624 (E-mail) st_kenshu@home.misawa.co.jp

弊 社 記 入	申し込み	受講可否通知	入 金	テキスト発送	修了証発行	受講番号
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	

セントカレッジ受講申込における個人情報取得同意書

セントスタッフ株式会社(以下、「当社」)は、セントカレッジ受講申込の際、受講申込書により貴殿に関する個人情報を取得することになりますが、その取得した個人情報の取り扱いについて、次のように管理し、保護に努めて参ります。つきましては、本内容をご理解頂き、ご同意の上でご提出頂きますよう、お願い申し上げます。

1 組織の名称について

セントスタッフ株式会社

2 個人情報保護管理者について

個人情報保護管理責任者

(住 所)東京都中央区日本橋茅場町1丁目8番3号

(電 話)03-6803-5621 (メール)St_Privacy@home.misawa.co.jp

3 利用目的について

当社によるセントカレッジ運営における管理資料として利用するものとし、その他の目的には一切使用いたしません。

4 個人情報の第三者提供について

ご提供いただいた個人情報は、第三者に個人データを提供することはありません。

5 個人情報の取り扱いの委託について

ご提供いただいた個人情報は、利用目的達成に必要な範囲内において、第三者へ個人情報を委託する場合があります。その場合は、個人情報保護体制が整備された委託先を選定いたします。

6 個人情報の開示等について

個人情報の開示請求等(利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加または削除、利用の停止または消去、第三者提供の停止、利用または提供の拒否権)のお求めに際しては、ご本人であることを確認した上で対応いたします。

<開示請求等のお問い合わせ窓口>

セントスタッフ株式会社 個人情報保護相談窓口 個人情報保護管理責任者

(住 所)東京都中央区日本橋茅場町1丁目8番3号

(電 話)03-6803-5621 (メール)St_Privacy@home.misawa.co.jp

7 情報提供の任意性について

個人情報の提供はご本人の任意になりますが、ご提供いただけない場合には、ご本人に対し実施する対内的または対外的な業務処理を遂行できない場合や、当社がお客様に提供するサービスをご利用になれない場合があります。

8 本件に関するお問い合わせについて

セントスタッフ株式会社 セントカレッジ運営事務局

(住 所)東京都中央区日本橋茅場町1丁目8番3号

(電 話)03-6803-5623 (メール):st_kenshu@home.misawa.co.jp

セントスタッフ株式会社 代表取締役 片山直樹様

上記内容に同意致します。

年 月 日

ご署名
