

コースの種類

【新規の方】

ベーシックプラス チャイルドケアプラス™ その他 _____

【資格追加・更新の方】

クロスオーバー： ベーシックプラス→チャイルドケアプラス チャイルドケアプラス→ベーシックプラス

アップグレード： 血液感染性病原体

更新/アップデート： バージョンアップ 現役への復帰 その他 _____

コース開催日と担当トレーナー

コース開催日：20 年 月 日～ 月 日 (計 日間) 担当トレーナー：_____

参加者情報

氏名 (和文)：_____ 氏名 (ローマ字)：_____

生年月日 (西暦)：_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢：_____ 性別： 男 女

住所：〒_____

電話番号：_____ 携帯電話：_____

E-mail：_____ Fax：_____

勤務先情報

職業：_____ 役職：_____

勤務先名：_____

勤務先住所：〒_____

電話番号：_____ E-mail：_____

Fax：_____

略歴 (学歴、職歴を簡単に記入ください)

学歴： 1. _____ 職歴： 1. _____

2. _____ 2. _____

3. _____ 3. _____

参加動機 (資格を取得する動機と資格取得後の活動予定、希望などを記入してください)

私は、✓を入れた上記プログラムのMFAインストラクターとしてMFA講習活動に従事することを目的に、このIDCコースに参加を申し込みます。私がここに記入した事柄は私の知る限り間違いありません。また、インストラクターとして認定を受けた後は、参加前に配付され、以後改訂が続く「トレーニングセンター管理マニュアル (TCAM)」を遵守することを誓い、私がそれに違反し、要請を受けた場合には資格を返上することに同意します。

私は、年1回以上 (又は2年に2回以上) のコース開催がない場合、休止ステータスとなり、復帰研修への参加が必要になることに同意し、年度末ごとに翌年のメンバーシップ維持・更新のための資格更新料の振込及び資格更新申請書の記入、返送が必要になることを承知致しています。

過去3ヶ月以内に撮影した証明書用の写真データ (jpg) の送信、または3 x 4 cmサイズの写真の裏面に私の名前を記入して同封し、 コース料金は指定の口座に振り込みましたので、連絡をお待ちしております。

署名：_____ 日付：_____