

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 _____

【他団体(海外MFAを含む)からオリエンテーション・コース受講を希望の方】

ベーシックプラス チャイルドケアプラス™ その他 _____

インストラクター前資格

海外MFA ASHI AHA PADI-EFR 日本赤十字社 その他 _____

※所有する現役インストラクター資格の認定カードの両面コピーを添付してください。

受講者コース受講済みの方 ベーシックプラス チャイルドケアプラス (認定日：____年 ____月 ____日)

【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

追加資格： 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：_____

【希望する事前学習用データの種類】 CDR PDF

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)

最終学歴：1. _____

職歴：1. _____ 2. _____

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、✓をい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。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には、IDCコース中に解説され、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)のコース開催が無い場合、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いたします。

過去3ヵ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3×4cm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：_____