

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、MFA インストラクターとしてさらに幅広く MFA 講習活動に従事することを目的に、上記 MFA インストラクター資格追加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際には、参加前に配付され、以後改訂が発生する可能性がある「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 (または 2 年に 2 回以上) のコース開催のない場合、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。(エクステンション・コース参加者は写真の提出は不要です。)

署名：_____ 日付：_____