

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 \_\_\_\_\_

所有しているインストラクター資格

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

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、職歴を簡単にご記入ください)

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か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、  コース料金の振込予定日: \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 振込名義

日付: \_\_\_\_\_