

様式 1

介護関連資格取得に係る援助金申請書

公益財団法人 中国残留孤児援護基金理事長 殿

私は、(講座名を記入) 講座・模擬試験受験料・
 国家試験等・検定試験及び受験手数料に対する貴基金の援助を申請いたします。
 以下の記載事項に相違ございません。

申 請 者	フリガナ 氏 名	印	性別：男・女	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢： 歳	
	住 所	〒	電話： 携帯：	
帰 国 者 一 世	フリガナ 氏 名	日本名： 中国名：	性別：男・女	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢： 歳	
	申請者との続柄	本人・夫・妻・父・母・祖父・祖母・その他 () (* 該当を○囲む)		
	帰国時期	昭和・平成 年 月 日		
	現住所	〒	電話：	
受 講 座	学 校 名	電話：		
	講 座 名	：通信制・全日制・定時制・スクーリング (* 該当を○囲む)		
	受講期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	受講料	円		
模 擬 試 験	試 験 名	(* 該当を○囲む) 介護福祉士国家試験 対策模擬試験 (会場・在宅)	(* 該当を○囲む) 介護支援専門員実務研修受講試験 対策模擬試験 (会場・在宅)	
	主 催 者			
	受 験 日	年 月 日	年 月 日	
	受 験 料	円	円	

※裏面もご記入下さい。

国家試験等	試験名	第 回 介護福祉士国家試験	平成 年度 介護支援専門員実務研修受講試験
	実施者		
	受験日	年 月 日	年 月 日
	受験料	円	円
検定試験	試験名	第 回 福祉住環境コーディネーター検定試験	
	実施者		
	受験日	年 月 日 (受験料)	円
申請者の職歴 と志望の動機			
援助金振込先		銀行 支店・出張所/支店番号： 口座番号： 口座名義人(フリガナ)：	
過去の援助歴		過去に当基金から援助を受けたことが ある ・ ない (* 該当するものを○で囲む) *「ある」と答えた方は、援助を受けた講座名と時期を答えて下さい。 〈講座名： 時期： 〉	
当基金の「介護職員人材バンク」への掲載について		同意する ・ 同意しない ※同意しない場合援助は行えません	

注意点

1. 正確にご記入ください。記入漏れがあると審査に時間がかかります。
2. 年間の援助者数及びブロック毎に援助者数の上限があります。

様式 2

誓 約 書

公益財団法人 中国残留孤児援護基金理事長 殿

私は、貴基金の「介護関連資格取得に係る援助事業の実施要領」を遵守します。

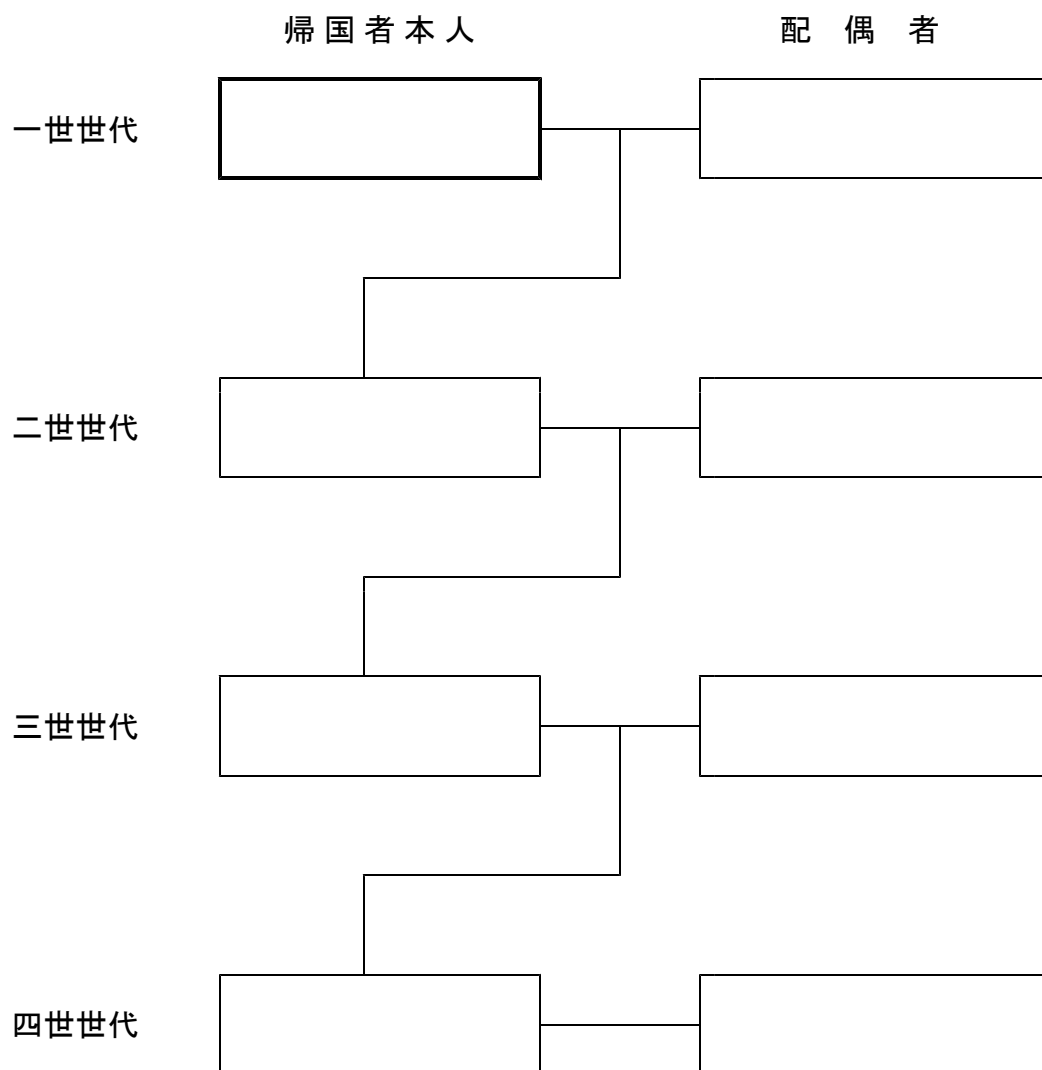
また、貴基金から介護関連に関する協力依頼や要請があった場合は協力いたします。

年 月 日

本人 { 氏 名
住 所

印

世帯構成図



(注) 一世世代から記入すること。

介護関連資格取得援助事業申請者用同意書

公益財団法人中国残留孤児援護基金

1. 個人情報の適切な保護と管理者

当法人は、次の者を個人情報の保護管理者として任命し、申請者の個人情報を適切かつ安全に管理し、個人情報の漏えい、滅失又はき損を防止する保護策を講じています。

公益財団法人中国残留孤児援護基金

個人情報保護管理者：常務理事

TEL: 03-3501-1050

2. 個人情報の利用目的

申請者の個人情報は、当法人の介護関連資格取得援助事業（書類審査、評価、申請者への連絡等）のために利用いたします。

3. 個人情報の第三者提供

当法人は、法令に定める場合を除き、事前に本人の同意を得ることなく、個人情報を第三者に提供することはありません。

4. 個人情報の委託

当法人の業務の全部または一部を外部に業務委託する際、当法人は、個人情報を適切に保護できる管理体制を敷き実行していることを条件として委託先を厳選したうえで、機密保持契約を委託先と締結し、申請者の個人情報を厳密に管理しています。

5. 個人情報を提供されることの任意性について

申請者ご自身の個人情報を当法人に提供されるか否かは、申請者のご判断によりますが、必要な情報をご提供されない場合には、介護関連資格取得援助事業の審査において不利益を蒙る可能性がありますので予めご了承ください。

6. 提出資料の返却

介護関連資格取得援助事業の対象とならなかった場合、提出していただいた資料は、申請者に返却いたします。

7. 応募者からの使用停止、削除等の申込みへの対応

申請者は、当法人に対してご自身の個人情報の開示等（利用目的の通知、開示、内容の訂正・追加・削除、利用の停止、第三者への提供の停止、消去）に関して、当法人問合わせ窓口に出すことができます。その際、当法人はご本人を確認させていただいたうえで、合理的な期間内に対応いたします。

なお、個人情報に関する当法人問合わせ先は、次の通りです。

公益財団法人中国残留孤児援護基金

個人情報保護管理者：常務理事

〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-5-8 オフィス虎ノ門1ビル

TEL: 03-3501-1050

私は、上記の内容を理解したうえで同意致します。

年 月 日

氏名

(自署)