

お申込みに関する同意条項

1. 個人情報の取り扱いに関する同意事項について

下記内容に同意の上、お申込みください。

1. 申込書にご記入いただいた氏名、住所等（以下、個人情報）は、お客様の受講管理及び弊社商品のご案内の為にのみ利用させていただきます。ただし、別途お客様の同意を得た上で、他社商品のご案内をさせていただく場合がございます。
2. お客様からお預かりした個人情報は、原則的に第三者に開示・提供することはありません。但し、あらかじめお客様のご同意を得た場合、司法・行政機関から法的義務を伴う要請を受けた場合を除きます。
3. 弊社のサービスを遂行する上で必要な業務委託先（データ処理、配送サービスを委託した企業など）へのお客様の個人情報を委託する場合がございますが、弊社が基準として定めた守秘義務契約を締結し、個人情報保護に万全を期します。
4. 個人情報のご提供はお客様の任意であり強制するものではありませんが、講座申し込みで最低限必要となる情報のご提供がいただけない場合は、一部サービスの提供が制限される場合がありますのであらかじめご了承ください。
5. お客様にはご自身の個人情報について、利用目的の通知・開示・内容の訂正・追加又は削除・利用の停止・消去 及び第三者への提供の停止を求めることができます。前述の手続きをご希望される方は、弊社までお問合せ願います。
6. 当社は、次の方法により取得した個人情報を利用し、お客様に連絡させていただいております。
 - (1) 個人情報の入手方法 : インターネット経由によるEメール申込又はFAX申込
 - (2) 利用目的の公表先 URL: <http://www.wellnet-jp.com/privacy/>
7. 当社 HP では、クッキーやウェブビーコン等を用いた、本人が容易に認識できない方法による個人情報の取得は行っておりません。

2. お申込受付について

お申込受付は、先着順とさせて頂いており、お申込のタイミングによってはお席を確保できない場合がございます。その際は、こちらからご連絡させていただきますので、予めご了承ください。

- (1) 講座実施日の1週間前に申込を締め切らせて頂きます。また、定員になり次第、締切とさせていただきます。
- (2) ご記入頂いたFAX番号へ、翌営業日18時までにお申込み受付のお知らせを送信いたします。

お客様の通信状況等により、FAX連絡が届かない場合がございます。その際は、お手数ですが弊社までご連絡下さい。FAX番号の記載がない場合のご連絡は致しておりません。
- (3) 請求書にチェックされていない場合は、発行しませんのでご注意ください。
- (4) お申込み後、講座実施日の1週間前までには講座代金をお振り込みください。
- (5) 振込手数料はお客様のご負担になりますのでご了承ください。
- (6) ご記入頂いた氏名、住所、電話番号等の個人情報は、受講管理、弊社サービスのご案内のために利用させていただきます。
- (7) 上記記載項目にご記入漏れがある場合、講座及び個人情報のお取扱いに関する事務手続きに支障がある場合があります。

3. 特定商取引に関する法律に基づく表示について

詳細については右記 URL よりご確認ください。 <https://www.wellnet-jp.com/trade/>

4. 反社会的勢力でないことの誓約

受講者および申込者、また所属および関連機関は反社会的勢力との関係を有しておらず、かつ、将来においても関係をもたないことを誓約し、誓約内容に違反したことが判明した際には、受講拒否等の措置をうけても異議申し立てをしません。

5. 虚偽の記載でないことの誓約

この講習が法定講習（受験対策講座等を除く）であることを理解し、申込に当たって記載内容が虚偽でないことを誓約し、虚偽があった場合に当講習の受講を無効とされても異議申し立てをしません。

6. カスタマーハラスメントについて

当社サービスをご利用いただくにあたり、お客様の要望を実現するための手段として、社会通念上相当な範囲を超える行為（下記のとおりですが、これに限りません）を行うことはご遠慮ください。

これらの行為があったと当社が判断した場合、サービスの利用又は利用後のサポート（法定講習における修了証等発行を含む）をお断りさせていただく場合がございます。

さらに当社が悪質と判断した場合には、警察・弁護士等に連絡の上、適切な対処をさせていただきます。

- ・身体的な攻撃（暴行、傷害）
- ・脅迫・脅迫・威嚇行為
- ・侮辱・人格を否定する発言
- ・プライバシー侵害行為
- ・社会通念上過剰なサービス提供の要求
- ・合理的理由のない当社への謝罪要求や当社関係者への処罰の要求
- ・同じ要望やクレームの過剰な繰り返し等による長時間の拘束行為
- ・SNS やインターネット上での誹謗中傷
- ・従業員個人への攻撃、要求
- ・その他これらに類する行為

7. 理解度テスト（理解度確認試験）に関する誓約

[職業紹介責任者講習、外国人技能実習制度における養成講習に限る]

理解度テスト（理解度確認試験）は、業務要領に則って厳格に実施されるものであることから、その結果が不合格の場合は受講証明書が交付されないことを理解し、異議申し立てをしないことを誓約します。

8. 日程変更・キャンセルについて

■公開講座

お客様からのご連絡をもって日程変更・キャンセルの手続きを行います。また、講座実施日初日の6日前からの日程変更・キャンセルにつきましては、自然災害等の特殊なケースを除き、いかなる場合でもキャンセル料が発生いたしますので予めご了承ください。 ※下記の日程は、暦日でカウントさせていただきます。

- ・6日～3日前まで・・・講座代金の30%
- ・2日前まで・・・講座代金の50%
- ・前日・・・講座代金の70%
- ・当日・・・講座代金の100%

■DVD 講座

・キャンセル

お申込み確定後、キャンセルされる場合は、お電話またはメールにてご連絡ください。商品到着前にキャンセルされ、既にその代金をお支払い済みの場合、全額をお客様のご指定口座にお振込みいたします。

・返品

商品到着後7日以内にお電話またはメールにてご連絡の上、着払いにてご返送ください。尚、事前にご連絡のない場合や8日以上経過してご連絡をいただいた場合、商品を開封され使用した場合は、ご返品をお受けいたしかねます。

※連絡先 E-mail : jimukyoku@wellnet-jp.com (24時間) TEL : 03-6380-1512 (平日 8:30 ~ 17:30)

9. お振込み先について

次のいずれかの金融機関をご利用の上、講座実施日の1週間前までにお振込みください。

■三菱UFJ銀行 新宿中央支店 (普通) 3 8 7 6 7 7 4 株式会社ウェルネット

■三井住友銀行 新宿支店 (普通) 3 6 6 7 4 7 6 株式会社ウェルネット

10. 「適格請求書等保存方式(インボイス制度)」への対応について

詳細については右記 URL よりご確認ください。 https://www.wellnet-jp.com/news/invoice_number/

記入例

※申込書は次ページにございます。

申込書は機械で読み取りますので、枠内に楷書ではっきりと記入して下さい。

ストレスチェック実施者養成研修申込書

株式会社ウェルネット

FAX: 03-6380-1513

別紙の同意条項に同意のうえ、申込します。

開催地区	※開催地区の都道府県を ご記入下さい。	東京	都道府県
------	------------------------	----	------

受講日	10 月	22 日
-----	------	------

人数	一般 17,600 円 ×	1 名
----	---------------	-----

企業名	※個人申込の場合、企業名、部署・役職欄は空欄で構いません。		
	フリガナ	カブシキガイシャシンジユク	
	株式会社新宿		

申込者	フリガナ ヤマダ	フリガナ ハナコ	部署	総務部	役職	主任
	姓 山田	名 花子				

郵便番号	〒 160-0022	<input checked="" type="checkbox"/> 企業住所	<input type="checkbox"/> 個人住所	※必ず、都道府県よりご記入下さい。 ※ビル名等は2行目よりご記入下さい。
------	------------	--	-------------------------------	---

住所	東京都新宿区新宿2丁目5-12		
	FORECAST 新宿 AVENUE 2階		

メールアドレス	※受講証については講座開催日の1週間前を目安に記載のメールアドレスにお送り致します。 記載のない場合はFAXにて、いずれの記載もない場合、もしくは記載内容が不明瞭な場合は郵送致します。 ※アンダーバーやハイフンなどのまぎらわしい文字や記号は、マス下にフリガナをご記入下さい。			
	例	0 i n f o - 2 0 1 8 @ w e l l n e t - j p . c o m		
	ゼロ	ハイフン	ゼロ	エルエル

TEL	XXXX-XXXX-XXXX	FAX	XXXX-XXXX-XXXX
-----	----------------	-----	----------------

請求書	※請求書をご希望の場合は記載のメールアドレスにお送り致します。記載のない場合は郵送致します。 請求書の宛名名義について、法人申込の場合は「企業名」、個人申込の場合は「申込者名」とさせていただきます。		
	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	
	※弊社からの領収書発行はございません。 ※弊社の書類発行システムの仕様上、請求書発行に関する個別対応はできかねます。予めご了承ください。		

受講者氏名	フリガナ ヤマダ	フリガナ ハナコ	資格等	※お持ちの資格を選択して下さい。		
	姓 山田	名 花子		<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> その他
	生年	西暦	1981年01月01日	携帯	XXXX-XXXX-XXXX	

受講者氏名	フリガナ	フリガナ	資格等	※お持ちの資格を選択して下さい。		
	姓	名		<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> その他
	生年	西暦	年月日	携帯		

申込書は機械で読み取りますので、枠内に楷書ではっきりと記入して下さい。

ストレスチェック実施者養成研修申込書

株式会社ウェルネット

FAX : 03-6380-1513

別紙の同意条項に同意のうえ、申込します。

開催地	都道府県
-----	------

受講日	月	日
-----	---	---

人数	一般 17,600 円 ×	名
----	---------------	---

企業名	※個人申込の場合、企業名、部署・役職欄は空欄で構いません。		
	フリガナ		

申込者	フリガナ	フリガナ	部署	役職
	姓	名		

郵便番号	〒	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 企業住所	<input type="checkbox"/> 個人住所	※必ず、都道府県よりご記入下さい。 ※ビル名等は2行目よりご記入下さい。
------	---	----------------------	----------------------	-------------------------------	-------------------------------	---

住所	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

メールアドレス	※受講証については講座開催日の1週間前を目安に記載のメールアドレスにお送り致します。 記載のない場合はFAXにて、いずれの記載もない場合、もしくは記載内容が不明瞭な場合は郵送致します。 ※アンダーバーやハイフンなどのまぎらわしい文字や記号は、マス下にフリガナをご記入下さい。	
	例	<input type="text"/>
	ゼロ	<input type="text"/>

TEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----	----------------------	----------------------	----------------------	-----	----------------------	----------------------	----------------------

請求書	※請求書をご希望の場合は記載のメールアドレスにお送り致します。記載のない場合は郵送致します。 請求書の宛名名義について、法人申込の場合は「企業名」、個人申込の場合は「申込者名」とさせていただきます。	
	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
	※弊社からの領収書発行はございません。 ※弊社の書類発行システムの仕様上、請求書発行に関する個別対応はできかねます。予めご了承ください。	

受講者氏名	フリガナ	フリガナ	資格等	※お持ちの資格を選択して下さい。								
	姓	名		<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> その他						
	生年	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	携帯	<input type="text"/>	<input type="text"/>

受講者氏名	フリガナ	フリガナ	資格等	※お持ちの資格を選択して下さい。								
	姓	名		<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> その他						
	生年	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	携帯	<input type="text"/>	<input type="text"/>