

JMTC介護福祉士実務者研修受講 申込書

申し込み日 平成 年 月 日

申し込みコース		平成 年 月 _____ コースを申し込みます		本申込書および欄外をお読みの上お申し込みください。	
フリガナ				生年月日 昭和 平成 年 月 日	
氏名	印			性別 男 女	年齢 満 才
住所	〒 (マンション名なども記載ください)				
電話番号	()		FAX番号		
携帯番号	()		メールアドレス		
未成年者の方は親権者の同意が必要です。			親権者	親権者Tel ()	
学習方法の確認(口にしを入れてください)			<input type="checkbox"/> eラーニングによる		
使用機器について(口にしを入れてください)			<input type="checkbox"/> Windows 7 <input type="checkbox"/> Windows 10		<input type="checkbox"/> ipad <input type="checkbox"/> Android
スクーリング					
日程	平成 年 月 日~平成 年 月 日				
会場	() 会場				
お持ちの資格	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 無資格者 ・お持ちの資格については、資格証のコピーを申込書と一緒に提出してください。				
受講料の支払方法			振り込み		
受講の目的 (口にしを入れてください)	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者になる <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介護福祉士国家試験受験する(平成30年1月受験予定) <input type="checkbox"/> 介護福祉士国家試験受験する(平成31年1月以降受験予定)				

※スクーリングに欠席がある場合や、通信教育の進度が遅い場合は、予定の受講期間を超える場合がございます。(その場合追加料金が発生することがあります。)

※営業時間:平日9:00~17:00

休日:土曜日曜・祝祭日年末年始(12/29~1/3)

お問い合わせの対応や通信教育の評価は営業時間内に行います。(特に年末年始には通信教育の評価はいたしません。)