

JMTC介護福祉士実務者研修受講 申込書

申し込み日 令和 年 月 日

申し込みコース	令和 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。	
3年サポートプログラム(□にレを入れてください)		<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
一般教育訓練給付制度(□にレを入れてください)		<input type="checkbox"/> 利用します	<input type="checkbox"/> 利用しません
フリガナ	生年月日 昭和 平成 年 月 日		
氏名	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	
勤務先名			
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(□にレを入れてください)		<input type="checkbox"/> eラーニングによる	
使用機器について(□にレを入れてください)		<input type="checkbox"/> Windows 10 <input type="checkbox"/> Windows 11	<input type="checkbox"/> ipad <input type="checkbox"/> Android <input type="checkbox"/> iphone
スクーリング			
日程	令和 年 月 日 ~ 令和 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 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 ・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		<input type="checkbox"/> 振り込み	<input type="checkbox"/> 現金
受講の目的 (□にレを入れてください)	<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(令和7年1月受験予定) <input type="checkbox"/> 介護福祉士国家試験受験する(令和7年1月以降受験予定)		

※スクーリングに欠席がある場合や、通信教育の進捗が遅い場合は、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9:00~18:00

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。)

お申込はFAXでも承ります!

JMTC佐沼教室 FAX : 0220-44-4286