

介護職員初任者研修通信教育 受講申込書

令和 年 月 日

お申込み コース (○)	() 黒石2605コース (5/1 ~ 8/7)		
フリガナ			生年月日 (年齢)
受講者氏名			昭・平 年 月 日生 (満 歳)
住 所	〒 携帯電話： - - E-mail：		性別 男・女
職 業		勤務先	
介護経験の有無	有・無	介護内容 (具体的に)	
受講希望の理由			
他の機関等が実施 した介護に関する 講習の受講状況	講 習 名	講 習 期 間	実施機関名
		~ (日間)	

*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あります。その場合は追加料金が発生することがあります (実費)。

* 営業時間 平日 9:00~17:00 休日:土曜日曜祝祭日年末年始

お申し込み者数が最低開講人数を下回る場合は、開講しない場合があります。

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。

お申し込みは FAX・メールでも承ります。
JMTC弘前教室 FAX:0172-88-6468
hirosaki@japan-mtc.com

