

介護福祉士実務者研修【通信教育】受講申込書

お申込日 年 月 日

※本お申込書（欄外も含む）をお読みの上お申込みください

申込コース ※希望コースを記入してください。	() 月開講コース	郵送お申込の場合の送付先 〒036-8185 青森県弘前市御幸町8-10 JMTC弘前教室 実務者通信教育担当 まで
---------------------------	------------	--

フリガナ		性別	生年月日
氏名	印		昭和 年 月 日(歳) 平成
住所	〒 — ※アパート・マンションの号室までご記入ください。		
電話番号	— —	FAX 番号	— —
携帯番号	— —	メール アドレス	@

保有資格 ※必ずチェックを してください。 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修
	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級
	<input type="checkbox"/> 無資格	
※資格をお持ちの方は資格証のコピーを本お申込書と一緒に提出ください。		

自宅学習方法 の確認 ※必ずチェックを してください。 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> eラーニングでの学習	使用機器 の確認 ※該当項目に チェックを してください。 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Windows 7	<input type="checkbox"/> ipad
			<input type="checkbox"/> Windows 10	<input type="checkbox"/> iphone
				<input type="checkbox"/> Android
スクーリング 日程の確認	令和 () 年 () 月 () 日 ~ 令和 () 年 () 月 () 日	スクーリング 会場の確認	会場名	

※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。

未成年者の方は親権者の同意が必要です。	親権者氏名	親権者TEL ()
---------------------	-------	------------

受講の目的 ※該当項目にチェックを してください。 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者になる予定がある、または、計画がある
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士国家試験受験する (年 1月受験予定) 【お申込み現在の実務経験 年 月】
	<input type="checkbox"/> その他 ()

※受講料のお支払いは銀行振込となります。後日ご案内文書を送付いたします。

株式会社JMTC 実務者通信教育担当 (JMTC弘前教室内) ☎0172-88-6467 FAX 0172-88-6468

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)

※お問合せの対応、通信教育の評価につきまして、営業時間のみ対応となっております。あらかじめご了承下さい。