

JMTC介護福祉士実務者研修受講 申込書

申込日 令和 年 月 日

申込コース	コース記号【 (例:F2205) _____月 開講コースを申込みます】		本申込書および欄外をお読みの上お申込みください。	
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	
「実務者研修修了見込証明書」の発行が必要ですか(□にレを入れてください)		<input type="checkbox"/> 必要です	<input type="checkbox"/> 必要ありません	
フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日	
氏名	印		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		親権者氏名	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"/> Windows8 <input type="checkbox"/> Windows10 <input type="checkbox"/> Windows11	<input type="checkbox"/> ipad <input type="checkbox"/> iphone <input type="checkbox"/> Android	
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 (□にレを入れて下さい)	<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し込み書と一緒に提出してください。			
受講料の支払方法		銀行振り込み		
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を受験する(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。)				
※JMTC仙台教室 営業時間:平日8:30~17:30 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。				