

令和 年 J M T C 介護福祉士実務者研修受講申込書 申込日 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 (記入例 A2405)	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		性別(男 女) 年齢 満 才
住所	〒 _____ (アパート・マンション名、号室も記ください)	
電話番号		メールアドレス
勤務先名		
3年サポートプログラムを希望(口にしを入れてください) (国家試験対策講座)	<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません	
一般教育練給付制度を利用(口にしを入れてください)	<input type="checkbox"/> 利用します <input type="checkbox"/> 利用しません	
修了見込み証明書発行を希望(口にしを入れてください)	<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません	
未成年者の方は親権者の同意が必要です	親権者名	電話番号
通信教育使用機器について (口にしを入れてください)	<input type="checkbox"/> Windows 10 <input type="checkbox"/> Windows 11	<input type="checkbox"/> Android <input type="checkbox"/> iPhone その他( )
スクーリング日程・会場を記入してください	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 <b>会場( )教室</b>	※教室に登校するのはスクーリング日のみです
お持ちの資格 (口にしを入れてください)	<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"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 無資格 *不明な場合は下記にお問い合わせください <b>*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</b>	
受講料の支払方法	<input checked="" type="checkbox"/> 郵便振り込み <input type="checkbox"/> 後日 ご案内・しおり・eラーニング登録票を送付します	
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(令和8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9年1月以降受験予定)	事務局欄

※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)・盆休  
 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)  
 研修の申込みが予定人数に満たない場合は当該コースを中止させていただくことがあります  
 なお、介護福祉士国家試験の手続きはご本人でお願いいたします

お申込は FAX でも承ります  
 J M T C 佐沼教室 介護事業部  
 住 所 登米市迫町佐沼字中江 1-9-1  
 電 話 0220-44-4285  
 F A X 0220-44-4286