

JMTC介護職員初任者研修受講 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。			
フリガナ 氏名				生年月日 昭和 平成 年 月 日				
				印	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					
未成年の方は親権者の同意が必要です。			親権者	親権者TEL ()				
勤務先名 (任意)								
講座 日程 会場	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 () 会場							
受講料の支払方法		振り込み			教育訓練給付金利用 <input type="checkbox"/>			
受講の目的 (□にレを入れてください)		<input type="checkbox"/> 介護職に就きたい <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> スキルアップのため <input type="checkbox"/> 家族の介護のため						

※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)

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