

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【 _____月 開講コースを申込みます】(例:F1906)	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
-------------------------	--------------------------------	---------------------------------

フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
氏名	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"/> Windows7 <input type="checkbox"/> Windows10	<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 (□にレを入れてください)	<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
	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー1級	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修	
・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	郵便局振り込み
----------	---------

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()年1月以降受験予定)	

※スクーリングに欠席がある場合や、通信教育の進捗が遅い場合は、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9:00~18:00
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。