

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:F2206)	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	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"/> 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5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。					