

株式会社JMTC介護職員初任者研修(通信) 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				生年月日	昭和 平成 年 月 日
氏名				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	親権者Tel ()	
勤務先名 (任意)					
受講料の支払方法			振り込み	現金	
受講の目的 (口にしを入れてください)	<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9:00~17:30

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。(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弘前教室 FAX : 0172-88-6468