

# 介護職員初任者研修 お申し込み方法

下記必要事項をご記入の上、  
FAXにてご送信ください。

# FAX 086-441-3020

《FAX受付後、受講申込完了のご案内を郵送いたします》

ご希望の コース	介護職員初任者研修 倉敷教室 <input type="checkbox"/> 9月開講・土曜コース <input type="checkbox"/> 10月開講・火曜/金曜夜間コース		
お名前	フリガナ ..... 男・女	TEL	自宅 (       )       - 携帯 (       )       -
ご住所	〒 .....		
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 / <input type="checkbox"/> 平成       年       月       日 (年齢       歳)		
勤務先 (学校)	<input type="checkbox"/> 就業中・ <input type="checkbox"/> 就学中・ <input type="checkbox"/> その他 (       )	勤務先 (学校)TEL	(       )       -
介護 実務経験	<input type="checkbox"/> 有(       年       ヶ月) <input type="checkbox"/> 無 経験場所 <input type="checkbox"/> 入所施設介護 <input type="checkbox"/> 通所施設介護 <input type="checkbox"/> 家庭での介護 <input type="checkbox"/> その他		
受講料 納付方法	<input type="checkbox"/> 事前銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 分割払い 振込先：中国銀行一宮支店 普通口座 1277187 株式会社ジェックスケアカレッジ		
資格取得 後の予定	<input type="checkbox"/> 現在の就業先での就業を継続する <input type="checkbox"/> 資格取得のみ <input type="checkbox"/> 介護職としての就業を希望    ⇒弊社からの就業先紹介を… <input type="checkbox"/> 希望する・ <input type="checkbox"/> 希望しない		
アンケートに ご協力 ください	当講座をどこでお知りになりましたか? <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> WEBサイト(       ) <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> その他(       )		

…………… 資料請求・お問い合わせはこちらからどうぞ《お電話・FAXもしくはQRコードを読み取ってお申し込みください》……………

 **株式会社 ジェックスケアカレッジ** 〒710-0845 岡山県倉敷市西富井654-6

 **0120-294-410** 担当/大熊  
TEL.086-454-6110 FAX.086-441-3020

<https://jecs-gr.jp/training/>  
ジェックスケアカレッジ 検索

お手持ちのスマホ  
等でQRコードを  
読み取ってお申し  
込みもできます。

