

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》

受講 コース	倉敷教室 <input type="checkbox"/> 9月開講/火・水曜受講講座<2ヶ月短期取得コース> <input type="checkbox"/> 11月開講/火・木曜受講講座<夜間コース> 岡山教室 <input type="checkbox"/> 10月開講/月曜受講講座		
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"/> 当日現金一括払い <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 分割払い <input type="checkbox"/> PayPay 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。

