

# 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	倉敷教室 <input type="checkbox"/> 8月開講/金曜受講講座 <input type="checkbox"/> 10月開講/日曜受講講座		
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"/> 個人での支払(支払方法のご案内は開講2週間前に郵送します) <input type="checkbox"/> 勤務先での支払(銀行振込、法人様宛に請求書を発行します) 請求先法人名: _____ ご担当者様: _____ ※不明の場合は未記入で 構いません ..... ◎個人での支払の方のみ、ご希望の納付方法をご記入ください <input type="checkbox"/> 当社指定決済システム(コンビニ決済、クレジットカード等がご利用できます) <input type="checkbox"/> 一括払い <input type="checkbox"/> 分割払い(決済システムのみで対応、在学期間内での分割払い) ※希望される方にはご案内を郵送いたします。 <input type="checkbox"/> 銀行振込(振込手数料お客様負担)		
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。

