

# 各講座のお申し込み方法

下記必要事項をご記入の上、FAXにてご送信ください。  
FAX受付後、受講申込完了のご案内を郵送いたします。

## FAX 086-441-3020

ご希望の コース	今年度の介護福祉士国家試験を <input type="checkbox"/> 受験する <input type="checkbox"/> 受験しない		
	開講月 _____ 月	教室名 _____	教室 _____
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	<input type="checkbox"/> 就業中・ <input type="checkbox"/> その他 ( )	勤務先 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		
現在取得 保有資格	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 認知症実践者研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 研修1号2号 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 無		
通信課題	<input type="checkbox"/> WEB学習システム(スマホ、タブレット、PCからのネット環境が必要です) <input type="checkbox"/> 紙媒体による課題(郵送による課題提出になります)		
受講料 納付方法	<input type="checkbox"/> 個人での支払(支払方法の案内は開講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: _____ 請求先ご住所: _____ <small>※不明の場合は未記入で 構いません</small> <hr/> <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 銀行振込(振込手数料お客様負担) <small>※「20%OFFキャンペーン」適用は一括払いのみとなります。</small>		
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どうぞ》 \_\_\_\_\_

運営会社が(株)ジェックスケアカレッジから一般社団法人JCCに変わりました。



一般社団法人 **JCC** ジェイシーシー

研修本部 〒710-0845 倉敷市西富井654-6  
Tel.086-454-6110 / Fax.086-441-3020

**0120-294-410**

担当/大熊

<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。

