

# 各講座のお申し込み方法

下記必要事項にモレのないように  
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	開講月 _____ 月 教室名 <input type="checkbox"/> 倉敷教室 <input type="checkbox"/> その他の教室 _____ 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 (学校)	<input type="checkbox"/> 就業者・ <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: _____ 請求先ご住所: _____ <small>※不明の場合は未記入で 構いません</small> ◎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) <small>※希望される方にはご案内を郵送いたします。</small> <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( )				

●実務者研修にお申し込みの方は以下の項目にもご記入ください。

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)

《資料請求・お問い合わせはこちらからどうぞ》



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://jecgs-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。

