

# 介護福祉士実務者研修 受講申込書

写真添付欄

お顔がはっきり確認できるものであれば、スナップ写真でも結構です。

※ご希望の講座（受講月・コース）に必要な事項をご記入ください。

介護職員実務者研修	ご本人確認書類
月コース [ 通信( 日 )曜 ]	にて確認
	資格証確認書類(コピー)
	にて確認

■ 受講料お払い込み方法 ※入金の確認がとれ次第、受講票を発送させていただきます。

1. 一括振込み

お払い込み方法 [ 1. 銀行 2. 窓口に直接(現金) ]

(ご希望のお払い込み方法に○印をおつけ下さい)

2. 分割の回数につきましては事務局にご相談ください。

銀行振込先………[埼玉りそな銀行 越谷支店 (普)4519480 番 名義:有限会社 ジャパンメディカル]

フリガナ			男・女
氏名	※修了証明書に記載しますので、正確な字で、楷書ではっきりお書きください。		
	生年月日 [ 昭和・平成 ]	年 月 日	( 歳 )
住所	〒 ー 都道 市 府県 区 (マンション名等もお書きください)		
電話番号		携帯電話 (他に希望する連絡先)	
所持資格			
勤務先			
備考			