年　　月　　日

ケアマネジャー受験対策講座　受講申込書

ご希望のコース及び曜日に〇をおつけください。

コース名	曜　日	
水曜コース	水曜	選択
日曜コース	日曜	選択
直前対策(水)コース	水曜	選択
直前対策(日)コース	日曜	選択

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。

【テキスト】
・模擬問題集(中央法規)3，024円(税込)
購入(　する　・　しない　)
・ケアマネジャー試験　ワークブック(中央法規)3，024円(税込)
購入(　する　・　しない　)

■　受講料お払い込み方法
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〇印をおつけください)
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			性　別
氏名	生年月日　　年　　月　　日		男　・　女
住所	〒　　ー 都 道 府 県　　市 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			

コスモス福祉教育学院