



TERADA医療福祉カレッジ

受講申込書

私は下記コースの受講を申し込みます
※受講申込後のコース変更は行えません。予めご了承ください。

ご希望のコースの□内に○印をつけてください。

受講申込みコース名	経済的に学ぶ (電話個別指導無)	しっかりサポート (電話個別指導有)
メンタルケアカウンセラー®講座	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
メンタルケア心理士®講座	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メンタルケア心理専門士®講座	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メンタルケアWライセンス講座	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
メンタルケア総合講座	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メンタルケアトリプル講座	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ペットロス・ハートケアカウンセラー™講座	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
アニマル・ペットロス療法士™講座	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
認定医師秘書™講座	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メディカルケアワーカー®(看護助手)講座	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認定福祉理美容介護助師®講座	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
認定福祉理美容介護師®講座	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

FAX 0948-42-5802

フリガナ			保護者名(18歳未満の方のみ)	
氏名	印		印	
生年月日	昭和・平成	年	月	日生まれ
		性別	女性・男性	
住所	〒□□□-□□□□		都道府県	
電話番号	()			
支払方法	ご希望のお支払方法の□内に印をつけてください。		VISA・MASTERは当校HPからの決済となります	
	<input type="checkbox"/> 銀行振込(一括) <input type="checkbox"/> 郵便振替(一括) <input type="checkbox"/> コンビニ支払い(一括) <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 一括/リボ/分割(回)		ご名義人	
	<input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 一括/リボ/分割(回)		カード会社	<input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AMEX
	<input type="checkbox"/> 教育ローン分割払い(回)*規定回数有 <input type="checkbox"/> 代金引換(お届け指定時間 時~ 時)		カード番号(16桁)	
			有効期限(月/年)	/

《注意事項》

- ・お申込は、本紙にご記入頂きFAXもしくは郵送にて送付願います。郵送の場合送料は恐れ入りますがお客様負担でお願いします。
- 《個人情報の取扱い》
- ・お客様の個人情報は、当校からのご案内ならびに連絡以外の目的には使用しません。当校できちんと管理いたします。
- ・当校監督の下、DM発送などは一部外部業者に委託する場合がございます。予めご了承ください。
- ・FAX番号違いでトラブルが起こった場合、当校は一切責任は負いかねます。

<送付先>〒820-0206 福岡県嘉麻市鴨生55

TERADA医療福祉カレッジ 教育・研究センター