

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手®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"/>

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。		
	<input type="checkbox"/> 銀行振込(一括) <input type="checkbox"/> 郵便振替(一括)	VISA・MASTERは当校HPからの決済となります	
	<input type="checkbox"/> コンビニ支払い(一括)	ご名義人	
	<input type="checkbox"/> クレジットカード 一括/リボ/分割(回) <small>右欄を必ずご記入ください。</small>	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	カード番号(16桁)	
<input type="checkbox"/> 代金引換(お届け指定時間 時~ 時)	有効期限(月/年)	/	

〒820-0206

福岡県麻生市鴨生 55

TERADA 医療福祉カレッジ

「通信教育センター」