



TERADA医療福祉カレッジ 受講申込書

私は下記講座の受講を申し込みます
※受講申込後の講座変更は行えません。予めご了承ください。

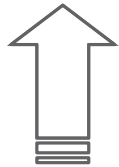
FAX
0948-42-5802

受講申込み講座名	ご希望の講座の□内に○印をつけてください。
メンタルケア心理士®講座 ★	<input type="checkbox"/>
メンタルケア心理専門士®講座 ★	<input type="checkbox"/>
メンタルケア総合講座 ★	<input type="checkbox"/>
メンタルケアWライセンス講座 ★	<input type="checkbox"/>
メンタルケアトリプル講座 ★	<input type="checkbox"/>
基礎心理学こころ検定 3・4 級短期合格対策講座	<input type="checkbox"/>
※実技実践プログラム付講座(★印が対象)をお申し込みの場合、下記のどちらかまたは両方チェック願います。	
カウンセリング実技実践プログラム講座	<input type="checkbox"/>
オンライン・カウンセリング実技実践プログラム講座	<input type="checkbox"/>

受講申込み講座名	ご希望の講座の□内に○印をつけてください。
メンタルケアカウンセラー®講座	<input type="checkbox"/>
メディカルケアワーカー®(看護助手) 講座	<input type="checkbox"/>
ペットロス・ハートケアカウンセラー™講座	<input type="checkbox"/>
アニマル・ペットロス療法士®講座	<input type="checkbox"/>
ペットロス療法士総合講座	<input 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	西暦	年	月	日	性別	女性・男性
住所	〒□□□□-□□□□			都道府県	市町村	
電話番号	()					
メールアドレス	@					
支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込(一括) <input type="checkbox"/> 郵便振替(一括) <input type="checkbox"/> NP後払い <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> リボ <input type="checkbox"/> 分割(回) VISA・MASTERは当校HPからの決済となります ご名義人					
	カード会社	<input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AMEX		有効期限(月/年)	/	
	カード番号(16桁)					
	<input type="checkbox"/> 教育ローン分割払い ※規定回数有(□オリコ 回)					
	<input type="checkbox"/> 代金引換 (お届け時間指定 時~ 時)					

- 《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。



FAX
送信方向

FAX 0948-42-5802

TERADA医療福祉カレッジ

医療関連講座専用 受講申込書

私は下記の講座の受講を申し込みます。
ご希望の講座の□内に○印をつけてください。
※受講申込後の講座変更は行えません。
予めご了承ください。

受講申込み講座名	
1. 医師事務作業補助者(認定医師秘書™)養成講座	<input type="checkbox"/>
2. 医師事務作業補助者(認定医師秘書™)養成+電子カルテ講座	<input type="checkbox"/>
3. 電子カルテ単体講座(医療事務の知識・経験がある方は受講可能)	<input type="checkbox"/>

※2.3.をお申込の方は以下の内容にもチェックをしてください。

電子カルテ動作スペックを確認したうえで申込む はい (windows 8 windows 10) いいえ

→いいえの方… 電子カルテ動作にはPCが必須となります。また、動作環境も制限がありますので、パンフレットまたはHPでご確認のうえ、お申込み下さい。お問合せはTELまたはHPのお問合せフォームよりお願い致します。

《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をお願いします。
 ・《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番号間違いでトラブルが起った場合、当校は一切責任は負いかねます。

フリガナ				保護者名(18歳未満の方のみ)	
氏名	印			印	
生年月日	西暦	年	月	日	生まれ
	性別	女性・男性			
住所	〒□□□-□□□□			都道府県	市町村
電話番号	()				
メールアドレス	@				
支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込(一括) <input type="checkbox"/> 郵便振替(一括) <input type="checkbox"/> NP後払い <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> リボ <input type="checkbox"/> 分割(回) VISA-MASTERは当校HPからの決済となります				
	ご名義人				
	カード会社	<input type="checkbox"/> JCB	<input type="checkbox"/> AMEX	有効期限(月/年)	/
	カード番号(16桁)				
	<input type="checkbox"/> 教育ローン分割払い ※規定回数有(<input type="checkbox"/> オリコ 回)				
	<input type="checkbox"/> 代金引換 (お届け時間指定 時~ 時)				

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