

この用紙をプリントアウトしていただき、必要事項をご記入の上、FAXしてください。

■医療事務講座 受講申込書

太線ワク内すべて
ご記入ください。

フリガナ			性別
氏名	姓	名	男・女
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		都道府県
			市区
電話	()	生年月日	
e-mail		昭和 平成	年 月 日 生

お申込みコース

●通学コース

希望クラス:	教室	月生	クラス
希望コースに○をつけてください	医療事務		
	医療事務+コンピュータ併修		
	医療事務+レセチェック併修		
	医療事務+調剤事務併修		
	医療事務+介護事務併修		
	医療事務+コンピュータ+レセチェック併修		
	医療事務+コンピュータ+レセチェック+調剤事務+マナー併修		

●通信コース

希望コースに○をつけて下さい。

<input type="checkbox"/>	医科
<input type="checkbox"/>	ビデオ(医科)
<input type="checkbox"/>	DVD(医科)
<input type="checkbox"/>	インターネット(医科)
<input type="checkbox"/>	歯科
<input type="checkbox"/>	調剤
<input type="checkbox"/>	レセプトチェック

●セットアップコース希望日程

ご希望の講座に○印をつけ、希望教室・開始日をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	医療事務コンピュータ講座	教室	月	日開始クラス
<input type="checkbox"/>	レセプトチェック講座	教室	月	日開始クラス
<input type="checkbox"/>	メディカルマナー講座	教室	月	日開始クラス
<input type="checkbox"/>	調剤事務講座	教室	月	日開始クラス
<input type="checkbox"/>	調剤事務コンピュータ講座	教室	月	日開始クラス
<input type="checkbox"/>	介護事務講座	教室	月	日開始クラス
<input type="checkbox"/>	介護事務コンピュータ講座	教室	月	日開始クラス
<input type="checkbox"/>	公費・総括講座	教室	月	日開始クラス

受講費用

●あなたの講座料金は? (表面参照)

医療事務講座or セットアップ講座	上記追加講座	追加講座数×1,000円	
[] 円	+	[] 円	- [] 円 = [] 円
(例) 医療事務+コンピュータ併修 調剤事務+調剤事務コンピュータ併修 2講座×1,000円 [138,000円] + [40,000円+12,000円] - [2,000円] = [188,000円]			

●お支払い方法

お支払い方法 (1つお選び ください)	1.現金一括 2.現金分割 3.学費ローン [済・未] 4.クレジットカード [取引番号]
---------------------------	--

●割引制度

[利用しない・利用する] 利用する場合には、該当する制度に○をつけてください。

①教育訓練 ②母子自立支援 ③姉妹校割引 ④お友達紹介割引
⑤その他 []

受講生 No.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

※記入不要

↓ FAX番号:054-653-3266 ↓

※裏面送信にご注意ください。