

(初任者研修コース) 一般受講生専用申込書

6月15日までに、この申込書をFAXまたは郵送で申し込みをお願いいたします。

平成 年 月 日

※は必須記入欄です

| | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----|
| ※氏名 | | | |
| ※ふりがな | | | |
| ※生年月日(西暦) | | | |
| ※郵便番号 | | | |
| ※ご住所 | | | |
| ※連絡先 連絡をとりやすい番号 へチェック | <input type="checkbox"/> 自宅 — — | <input type="checkbox"/> 携帯 — — | |
| 勤務先 | フリガナ | 所属 | 連絡先 |
| | | | |
| ※資料送付先 | <input type="checkbox"/> 自宅 | | |
| 当校を知ったきっかけ | | | |
| 質問欄 | | | |

■ お申込み頂いた氏名・住所は修了書発行の際使用致しますので、お間違えのないようご記入ください。

■ お申込み後、受講決定通知をお送りさせていただきます。定員に達した場合、受講できない事があります。予めご了承ください。

■ 申込書送付先

住所 〒367-0101 埼玉県児玉郡美里町大字小茂田 747-1

社会福祉法人美里会 みさと福祉カレッジ介護学科事務局 金子

電話番号 0495-76-0055 F A X 0495-76-3733