

本用紙で直接FAX又は郵送してください。

折り返し文書で、講座の詳細と受講料振り込みのご案内をさせていただきます。

FAX送信先 06-6321-0861	郵送先 〒533-0015 大阪市東淀川区大隅1丁目1番25号 日本メディカル福祉専門学校 受験対策講座係
------------------------	--

ケアマネ受験対策講座 申込書

平成29年 月 日

受講申込みされるコースの□に をご記入ください。

- 1、 5月コース【5/20(土)開講】 7月コース【7/8(土)開講】
- 2、 全分野受講 介護支援分野のみ受講
 福祉分野のみ受講 保健分野のみ受講
- 3、 本校修了者・卒業者

下記の情報で講座管理をいたしますので、正確にご記入ください。

お申込みいただいた方は、折り返し受講料のご案内等を文書でいたします。

ふりがな 氏名	年齢	歳
現住所 〒		
連絡先 (自宅)	(FAX)	
(携帯)		
本学園学生	科	
昼間・夜間・通信	○平成	年卒業 ○在学中
本学園講座受講生	講座	
<input type="checkbox"/> 平成	年修了	<input type="checkbox"/> 現在受講中

個人情報については、本契約の履行・当校からの各種講座案内等に利用させていただきます。
個人情報を記載者の同意なしに当校関係者以外に開示・提供することはありません。
(法令により開示を求められた場合を除く)



本校使用欄
受付：平成 年 月 日 (受付者) 受理番号 :