

# 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、 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
- 2、 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。

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	<input type="checkbox"/> 平成 年卒業	<input type="checkbox"/> 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)



☆ この養成講座を、お知りになったのは？

- ・学校案内等のパンフレット ・チラシ ・掲示板 ・知人からの紹介 ・新聞  
・ダイレクトメール ・HP、インターネット ・先生からの紹介 ・その他( )