

平成30年度 ケアマネ受験対策講座 申込書

平成30年 月 日

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込みのご案内をさせていただきます。(申込確認の連絡はしていません)

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
------------------------	---

受講申込みされるコースの□に をご記入ください。

1、 <input type="checkbox"/> 5月コース【5/19(土)開講】	<input type="checkbox"/> 7月コース【7/7(土)開講】
2、 <input type="checkbox"/> 全分野受講	<input type="checkbox"/> 介護支援分野のみ受講
<input type="checkbox"/> 福祉分野のみ受講	<input type="checkbox"/> 保健分野のみ受講
3、 <input type="checkbox"/> 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。

フリガナ	年齢 歳
氏名	
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	

この養成講座を何でお知りになりましたか

・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()

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)