四国中央医療福祉総合学院　研修係　行
FAX:　0896-24-1007

〒
申込者住所
氏　　名
ＴＥＬ（　　）ＦＡＸ(　　)

平成 25 年度　ケアマネ受験対策講座

受　講　申　込　書

下記のとおり申し込みます。

<開催日程・内容>　※下記受講申込日に○を付けてください。

区　分	月/日(曜)	時　間	科　　目	※受講申込日
第１回	6/15(土)	9:30～16:30(6H)	介護支援分野(介護保険制度)①	
第２回	6/29(土)	〃	介護支援分野(介護保険制度)②	
第３回	7/13(土)	〃	介護支援分野(介護保険制度)③	
第４回	7/27(土)	〃	介護支援分野(介護保険制度)④	
第５回	8/ 3(土)	〃	介護支援分野(介護保険制度)⑤	
第６回	8/10(土)	〃	介護支援分野(介護保険制度)⑥	
第７回	8/31(土)	9:00～17:00(7H)	保健医療サービス分野①	
第８回	9/14(土)	9:00～15:00(5H)	保健医療サービス分野②	
第９回	9/28(土)	9:30～16:30(6H)	福祉のサービス分野 ※(看護師等医療職の方の受講内容)	
受 講 日 合 計				回

駐 車 場	1　利用する（　　日）　　2　不要 ※どちらかに○を付けてください。なお、当日、受付時にお支払いください。		
受講申込	申込コース	受講日合計回	受　講　料
	第１回～第９回	（　　回　）×　5,250	円
	合　　計		円
	※お手数ですが申込み内容についてご記入のうえ、受講決定通知書が届き次第お振込みください。		
所有資格	（　　）　（　　）		