

四国中央医療福祉総合学院 研修係 行
 FAX:0896-24-1007

平成23年度 介護福祉士国家試験受験対策講座
 受講申込書

(介護技術講習会受講者)			(一般)		
氏名			氏名		
住所	〒()		住所	〒()	
電話番号 (連絡先)			電話番号 (連絡先)		
希望コース	(注)受講日に○を付して下さい ↓		希望コース	(注)受講日に○を付して下さい ↓	
	第1回	① 12月17日(土)		第1回	① 12月17日(土)
		② 12月18日(日)			② 12月18日(日)
	第2回	① 1月14日(土)		第2回	① 1月14日(土)
		② 1月15日(日)			② 1月15日(日)
介護技術講習会受講	平成 年度第()回 ※本学院の介護技術講習会受講者のみ記入		紹介者名	※紹介者有りの方のみ記入	
駐車場	利用する ・ 不要 ※どちらかに○をしてください。		駐車場	利用する ・ 不要 ※どちらかに○をしてください。	
摘要	受講料()円は、 当日支払います。		摘要	受講料()円は、 当日支払います。	