

四国中央医療福祉総合学院 行
FAX:0896-24-1007

平成 30 年度 社会福祉士&精神保健福祉士国試対策
受験対策講座(実力アップ集中講義) 申込書

受講対象者(※下記の該当する□に✓を付けてください。)

- 1. 通信課程受講修了(予定)者
- 2. 一般の方

1. 本学院通信課程修了(予定)者の申込み欄

氏 名			
住 所	〒		
電 話 番 号		FAX 番 号	
受 講 希 望	受講希望日(※受講希望日に☑を付けてください。) <input type="checkbox"/> 9/1(土) 社会・精神(共通) <input type="checkbox"/> 9/2(日) 社会(専門) ※ <input type="checkbox"/> 教科書購入済み(教科書購入済みの方は☑を付けてください)		
本 学 院 修 了 (予 定) 学 科	平成 年度修了(予定) <input type="checkbox"/> 社会福祉学科 / <input type="checkbox"/> 精神保健福祉学科 (※該当学科に☑して下さい。)		
駐 車 場	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない (※どちらかに☑を付けてください)		

2. 一般の方の申込み欄

氏 名			
住 所	〒		
電 話 番 号		FAX 番 号	
受 講 希 望	受講希望日(※受講希望日に☑を付けて下さい。) <input type="checkbox"/> 9/1(土) 社会・精神(共通) <input type="checkbox"/> 9/2(日) 社会(専門) ※ <input type="checkbox"/> 教科書購入済み(教科書購入済みの方は☑を付けてください)		
駐 車 場	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない (※どちらかに☑を付けてください)		