

送信先 FAX 03-3982-5133

平成24年度 医療的ケア教員講習会 受講申込書

平成24年度 医療的ケア教員講習会を受講いたしたく申し込みいたします。

記入日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

ふりがな						
氏名				印		
生年月日	大・昭・平	年	月	日	性別	男・女
自宅住所 (建物名まで正確に!)	〒					
連絡先 電話番号	自宅	()	—			
	携帯電話	()	—			
お持ちの資格			資格取得後の 経験年数(注1)			年
勤務先						
勤務先住所						
勤務先電話番号						

(注1)資格取得後の経験年数とは、登録年月日以降の経験年数となりますので、ご注意ください。

※受講決定通知後のキャンセルや返金等には応じられませんので、ご注意ください。

学校使用欄

受付日	受講決定通知	入金	案内	備考

学校法人 敬心学園 日本福祉教育専門学校／業務推進室

〒171-0033 東京都豊島区高田3-6-15 TEL 03-3982-2511 FAX 03-3982-5133