

介護職員初任者研修講座 受講申込書

※下記講座の受講を申し込みます。

申込者氏名	(フリガナ) <div style="text-align: right;">印</div>
住 所	(〒 -)
ご連絡先(電話)	()-()-()
性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	平成 年 月 日生

申込日	平成 年 月 日
ご希望コース	() 土日コース ※7/13(土)より開始
	受講希望のコースの()に○印をご記入ください。

問い合わせ先	日本福祉教育専門学校 〒171-0033 東京都豊島区高田3-6-15 電話 03-3982-2511 ファックス 03-3982-5133
--------	---

※受付確認
日付
印

※欄には記入しないで!

※振り込みに関して

振込金額	受講料	80,000円
<u> </u>	テキスト代金	5,250円
合 計		85,250円

振り込み先
みずほ銀行 高田馬場支店
普通預金 2609122
口座名義
日本福祉教育専門学校 理事長 小林光俊
(ニホンフクシキョウイクセンモンガクコウ リジチョウ コバヤシムツトシ)

※ここに振り込みの控えを
貼り付けてください。
(コピー可)