



# 介護職員初任者研修(通信) 受講申込書(当学園在校生)

※下記講座の受講を申し込みます。

申込者氏名	(フリガナ)
	印
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	(            ) 第1回 平成29年8月9日(水)～平成29年9月8日(金)
	(            ) 第2回 平成29年11月5日(日)～平成30年3月10日(土)
	(            ) 第3回 平成30年2月19日(月)～平成30年3月15日(木)
	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 03-3982-2800 ファックス 03-3982-5133
--------	---

※受付確認
日付
印

※欄には記入しないこと。

※振り込みに関して

振込金額	受講料	45,000円	
	テキスト代金	4500円	
	合 計	49,500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 コハヤシミツシ)

※ここに振り込みの控えを  
貼り付けてください。  
(コピー可)