

FAX 011-218-5117

介護のおしごと「出張講座」申込書

学校名	
住所	
担当者名 (ふりがな)	
連絡先	TEL
	FAX
	Eメールアドレス (任意):
受講単位 (〇を付してください)	① 1年生 ② 2年生 ③ 3年生 ④ クラス単位 ⑤ 受講希望者のみ ⑥ その他 ()
受講者数	人 (およその人数で構いません)
受講希望時期	第1希望： 月 日 曜日
	第2希望： 月 日 曜日
	第3希望： 月 日 曜日
講座の希望時間	分 (時 分 ~ 時 分)
備考	※ご希望の講座内容など、ご記入ください。