

学校法人 西野学園
介護技術講習会 仮申込書

ふりがな 氏 名	
住 所	〒 —
自宅電話	() —
平日の昼間にご連絡が可能な電話番号またはFAX	携帯・勤務先・自宅留守電FAX () —
勤務先名称	

受講希望日 **受講希望のコース記号、日程をご記入ください。後日、日程調整の上、ご連絡いたします。**

受講希望	コース記号	日 程
第一希望		
第二希望		
第三希望		
いつでもよい（日程欄に○を記入）		

送付先 **FAXの場合 011-661-3361**

郵送の場合 〒063-0032 札幌市西区西野2条2丁目8-15
学校法人 西野学園 生涯学習センター あて