

ユーネットワーク行き

【 FAX送信先： 026-252-5661 】

福祉用具専門相談員 養成講座受講申込書

福祉用具専門相談員養成講座の受講を申し込みます

氏名	フリガナ		
住所	〒	連絡先	
		自宅	()
		携帯	()
		FAX	()
生年月日	昭和・平成	年 月 日 歳	男・女
職業	資格		
勤務先または学校名			
		TEL	()
保護者	○18歳未満の方は保護者名を記入して下さい 氏名		続柄
希望する 会場名記入	会場名		

この講座をどこで知りましたか？

を入れて下さい。

友人・知人・家族の紹介

新聞広告の記事

ホームページ・ネット関連

その他 ()

※ 不明な点があればご連絡下さい。 ☎ 026-252-5660 講座担当者

※ 上記個人情報は、社内規程にそって適正に扱います。