

【 申 込 書 】

スナップ可
写真貼付
欄

・別紙の「学則」を読み、申込み致します。

記入日 2019年 月 日

フリガナ 氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成	年 月 日 生	(満 歳)
住 所	〒 —		
電話番号	(自宅) () —	(携帯電話)	— —
通学手段	(該当箇所全てに✓印を記入下さい) <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 二輪車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> マイカー希望 <input type="checkbox"/> その他 ()		
福祉関連経験	(該当箇所全てに✓印を記入下さい) <input type="checkbox"/> 福祉施設や事業所での勤務経験あり <input type="checkbox"/> ボランティア活動の経験あり <input type="checkbox"/> 町内や地域組織での福祉的活動経験あり <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他 ()		
入学時の状況	<input type="checkbox"/> 会社員(勤務先) <input type="checkbox"/> その他の就業(自営業等) <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他(主婦・無職 等)		
受講の動機	(ご自由に記載下さい)		
備 考	(特記事項があれば記入願います)		
当講座をお知り になった方法	<input type="checkbox"/> 折込チラシ (入手場所:) <input type="checkbox"/> 友人から <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他 ()		

郵送及びFAXでのお申込み先

〒066-0067 千歳市桂木1丁目5番6号 医療法人資生会 千歳病院内 担当 岩淵

FAX 0123-40-0701 TEL 0123-40-0700