

# 受講申込書〈FAX送信用〉

## 介護職員初任者研修通学講座

記入日 令和 年 月 日

|      |      |  |    |       |
|------|------|--|----|-------|
| フリガナ |      |  |    | 生年月日  |
| 氏名   |      |  |    | 昭和・平成 |
|      |      |  |    | 年 月 日 |
|      | ( 歳) |  |    |       |
| 現住所  | 〒 -  |  |    |       |
| 連絡先  | 自宅   |  | 携帯 |       |

お問い合わせ

学校法人西野学園  
函館臨床福祉専門学校  
〒041-0806  
函館市美原1丁目15-1

TEL 0138-43-1177

担当：山、小田桐

# FAX番号 0138-43-4111

※ 送信時、用紙の裏表にご注意ください。

※ 上記住所への郵送でもお申込みできます。ただし12/18必着となります。