

受講申込シート

受講を希望する講座（どちらかに○をつけてください）
<input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 ・ ケアマネ受験対策講座 ・ 介護事務講座 介護福祉士受験対策講座 ・ 福祉住環境コーディネーター 介護職員初任者研修 ・ その他
講座名：

氏名			
氏名カナ			
住所	〒		
生年月日	西暦	年	月 日
電話番号		FAX 番号	
携帯番号		携帯メール	
PC メール			
お持ちの資格			
取得年月	昭和・平成	年	月 日

その他ご要望

*必要事項ご記入のうえ、高木アカデミー（0568-29-4810）に FAX
又は info@star-circle.net までメールください