

学生と看護職員との交流会 受講申込書

【申込先】 Fax 0956-23-8212 Mail nagasaki.kyaria@sweet.ocn.ne.jp HP <http://nagasaki-kango-career.com>

申込日: 年 月 日

学 校 名				
申込責任者	役職	ふりがな 氏名		
住 所	〒			
連 絡 先	TEL			
	FAX			
M a i l				
受講希望日	第 1 回 (<input type="checkbox"/> 7 / 2 8	<input type="checkbox"/> 8 / 3	<input type="checkbox"/> 8 / 1 0)
	第 2 回 (<input type="checkbox"/> 3 / 1 3	<input type="checkbox"/> 3 / 1 5	<input type="checkbox"/> 3 / 2 2)
参 加 数	先生 _____ 名 ・ 学生 _____ 名			
この研修をどこでお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 研修計画書 <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】 <input type="checkbox"/> チラシ(受取場所 → <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】			

※ 希望の日程を選択して受講できます。

※ 受付をもって受講決定とする。定員に達し次第申込先着順で締切りとし参加不可能な場合のみご連絡申し上げます。