

受講申込書

下記の必要事項をご記入ください。

受講希望講座 ○をつけてください	医療事務講座 / 介護事務講座 / 調剤事務講座		
ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日生
住所	〒		
勤務先・学校名			
自宅 TEL		携帯 TEL	
FAX		E-Mail	

介護職員初任者研修をお申込みの方は、下記をご記入ください。

介護の経験	あり () / なし
介護関係資格	免除科目がある場合がありますので、資格をお持ちでしたらご記入ください。

◆ ◆ ◆ ◆ ◆ お 申 込 み 方 法 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

- ・上記をご記入のうえ、郵送または FAX でお送りいただくか、直接当校までお持ちください。
- ・受講料の納入は、下記のどちらかの振込先へお振込みいただくか、直接当校へお持ちください。

振込先 長野銀行 本店営業部 口座番号 普通預金 8859248

口座名義 学校法人 ^{しゅうおうかい}秋桜会 理事長 内川小百合

振込先 八十二銀行 松本営業部 口座番号 普通預金 1363083

口座名義 学校法人 ^{しゅうおうかい}秋桜会

◆ ◆ ◆ ◆ ◆ お 申 込 み ・ お 問 合 せ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

TEL: 0263-32-5589 / FAX: 0263-32-5595 / E-Mail : office@marubi.ac.jp

へお気軽にどうぞ!