受講申込シート

受講を希望する講座　（どちらかに〇をつけてください）
介護職員初任者研修　・　介護福祉士実務者研修 介護福祉士受験対策講座　・　同行援護講座 ・　その他
講座名:

氏名			
氏名カナ			
住所	〒		
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・令和　　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