

# 上級医療通訳講座申込書

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## (申し込み先)

一般社団法人 国際医療福祉事業研修協会

〒460-0008 名古屋市中区栄2-1-12ダイアパレス1011

TEL : 052-715-7374 担当 福原

下記の必要事項を記入して、左記申し込み先まで

**FAX : 052-212-7278**

F A Xまたは郵送でお申し込みください。

申込講座名	上級医療通訳講座	月 _____ 日開催
	<input type="checkbox"/> 1日コース ・ <input type="checkbox"/> 2日コース	

↑希望する講座に○またはチェックしてください

フリガナ			
氏名			
自宅住所	〒 _____	都道 _____	府県 _____
勤務先名			
勤務先住所	〒 _____	都道 _____	府県 _____
連絡先	TEL	_____	FAX _____
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	Eメール	_____

-----  
-----  
-----  
-----  
-----