

国際メンタルヘルスケア申込書

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 長光

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

FAXまたは郵送でお申し込みください。

申込講座名	国際メンタルヘルスケア（基礎・中級・上級） <input type="checkbox"/> 1日コース ・ <input type="checkbox"/> 2日コース	月 _____ 日 _____ 開催
--------------	--	--------------------

↑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 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	TEL	_____	FAX	_____
	Eメール	_____		

