

「出前講座・見学学習申込書」 申込日 年 月 日

学校名	小学校・中学校		
担当者氏名	職()	氏名()	先生
連絡先	電話番号()	FAX()	
希望講座選択 <small>右欄の□に印をつけてください。</small>	<input type="checkbox"/> 出前講座(貴校で実施) <input type="checkbox"/> 見学学習(来校にて学習)		
受講学年	年	受講人数	名
希望期間	年()月 ~ ()月		
希望日と時間 (第3候補まで)	希望日の候補、実施可能な時間帯を具体的に記述してください。 (複数の学年やクラス対応も相談に応じます。)		
	候補日1	年 月 日()	: ~ :
	候補日2	年 月 日()	: ~ :
	候補日3	年 月 日()	: ~ :
この上段まで、ご記入のうえ、申込ください→申込書受理後の連絡票(下記)			
本校連絡先	佐々木 正信	TEL	0243 - 22 - 7777
	kaigo@galaxy.ocn.ne.jp	FAX	0243 - 23 - 8477
決定した日時	年()月()日()曜日 時間		
本校担当講師	(講座内容の希望により選考し、後日お知らせします。)		
貴校でご準備いただきたい事項	(後日改めて、ご担当の先生に連絡します。)		
備考			

福島介護福祉専門学校