

平成30年度 実習指導者講習会（40日間コース）受講申込書 施設代表者用

記載日 平成 年 月 日

<施設情報>

施設名		
施設代表者氏名		印
施設代表者 連絡先	住所	
	T E L	
	eメール	

参加者希望人数 _____ 名

施設内優先順位	参加者氏名	参加者連絡先（TEL 番号及びeメール※1）
		TEL : eメール :

●申し込み方法：上記内容をご記入の上、下記の郵送先にてお申し込みください。

担当：学校法人鉄蕉館 亀田医療大学 地域連携・生涯学習センター

住所：〒296-0001 千葉県鴨川市横渚462

封筒表面に実習指導者講習会受講申込書在中と朱書きしてください

●申込〆切：H30年5月24日（木）まで。

●受講決定の可否については、各施設代表にご連絡致します。

※1 所属施設の代表アドレス等ではなく個人のメールアドレスを記入してください

