

F A X 申込用紙



介護 1 日体験コースに応募します

氏名	
連絡先 自宅/携帯電話	
学校名	
学年	年
体験希望日(第 1 希望)	月 日
体験希望日(第 2 希望)	月 日

通信欄

*ご質問・ご要望があれば記載をお願いします。