

介護・福祉施設を見学しようよ～！！体験しようよ～！！

# 申込書（FAX専用）

\*各施設へ直接FAXして下さい

貴施設へ下記のコースを申し込みます。

施設名	
希望コース	
希望日時	① 平成 年 月 日（ ） : ~ : ② 平成 年 月 日（ ） : ~ : ③ 平成 年 月 日（ ） : ~ :
氏名(フリガナ)	
住所	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳
連絡先	

※希望日時は第3希望までご記入下さい。行事、勤務体制によりお引き受けできない場合もあります。原則無料ですが、コースに応じ自費が発生する場合がありますので、申し込み時にご確認下さい。

※申し込みをされた後、担当者よりご連絡がありますので、連絡先（連絡が付きやすい）を必ずご記入下さい。