

令和7年度（2025年度）

▲ FAX でも OK（0776-25-3162） ▲

福井県医療福祉専門学校

福祉用具専門相談員指定講習会 受講申込書

コース	2月 コース			
ふりがな				
氏名	印			
生年月日	昭和 平成	年 月 日 （満 歳）	性別	男 ・ 女
住所	〒 - 都 道 府 県			
電話番号	自宅	- -	携帯	- -
勤務先				
割引 併用不可	☐ 講座修了者割引（3,000 円） ➡ 修了証のコピーの写しを添付してください。 ☐ 紹介割引（3,000 円） ➡ 紹介者氏名 講座名 コース 年 月コース ☐ 施設紹介割引（3,000 円） ➡ 施設/事業所/企業様の押印をお願いします。 施設/事業所/企業印 ☐ 学生割引（3,000 円） ➡ 学生証の写しを添付してください。 ☐ グループ割引（3,000 円） ➡ と一緒に受講される方の氏名			

※身分証明書の写し、資格証の写し等（該当者のみ）を忘れずに添付してお申し込みください。

※申込期限は令和8年1月16日（金）です。