

令和8年度（2026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	令和9年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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 紹介割引（3,000円） ⇒ 紹介者氏名 講座名 コース 年 月コース <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 学生割引（3,000円）⇒ 学生証の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> グループ割引（3,000円）⇒ 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9年1月22日（金）です。