

健祥会学園 申込み先
FAX: 088-642-9966

校長	主管	県事業担当者

専門学校 健祥会学園 介護出張講義（小中学生対象）申込書

令和 年 月 日

専門学校 健祥会学園
校長 武田 英二 宛

所在地

学校名

校長名

担当者名

電話番号

次のとおり、介護出張講義を申し込みますので、よろしくお願い致します。

講義テーマ

講義日時 令和 年 月 日 ()

時 分 ~ 時 分まで

講義場所

受講生 名

その他（連絡事項等があれば、ご記入ください）