



〈必要事項をご記入の上ファックスでお申し込み下さい〉

看護師対象メディカルフットケア3級・2級・1級資格取得講習受講申込書

ローマ字		生年月日(西暦)	
氏名	印	年 月 日	(歳)
住所	〒 -	性別 男 ・ 女	TEL ()
			FAX ()
受講する講習	<input type="checkbox"/> 3 級	<input type="checkbox"/> 2 級	<input type="checkbox"/> 1 級
受講月	月	月	月
受講動機			
受講料納入方法	<input type="checkbox"/> 現金	<input type="checkbox"/> オリентコーポレーションの分割利用	希望分割回数 回

* お付け下さい。



ジャパンプロフットケアスクール

〒542-0081

大阪府中央区南船場2-5-17

GATO EASTビル 3F

TEL 06-6262-8484・FAX 06-6262-8485

担当 吉野

FAX 06-6262-8485