介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士・保育士養成施設

国際こども・福祉カレッジ
INTERNATIONAL COLLEGE FOR WELFARE, MIND AND CHILDREN

出前講座受講申込書

学校名						
所在地	〒					
連絡先	電話		ＦＡＸ			
担当者			メール			
受講学年・人数	学年　　年　・　人数　　名					
希望講座名						
受講希望日時 第三希望まで ご記入ください。	第一希望	月　日（　） ：　～　：	第二希望	月　日（　） ：　～　：	第三希望	月　日（　） ：　～　：
事前打ち合わせ希望日時 第三希望まで ご記入ください。	第一希望	月　日（　） ：　～　：	第二希望	月　日（　） ：　～　：	第三希望	月　日（　） ：　～　：
受講目的 当てはまるものに○を付けてください。	キャリア教育　・　福祉学習　・　総合的な学習の時間　・　その他（　　）					
その他ご希望 講座内容以外に講師に希望することなどございましたらご記入ください。						

【お問い合わせ・申込み先】

国際こども・福祉カレッジ　／　古町キャンパス
〒951-8063　新潟県新潟市中央区古町通2番町547番地
Tel 025-229-6555　Fax 025-229-6561