

# 医療事務講座受講申込書

申込日  
平成 年 月 日

## 【希望受講校】

○で囲んで下さい→	池袋	大宮校	高崎校
-----------	----	-----	-----

フリガナ				生年月日	
氏名	(印)			昭・平	年 月 日 ( 歳)
住所	〒 -				
連絡先	TEL	-	-	男・女	
	携帯	-	-		
職業 <small>(○で囲んで下さい)</small>	介護職	介護事務職	医療事務	会社員	勤務先名
	公務員	自営業	パート	アルバイト	
	無職	学生	その他 ( )		(TEL)
					- -

## 【希望講座】希望コースに○をつけて下さい

○印	申込コース	申込クラス		
	医療事務講座のみ	( )曜日クラス	開校日	月 日( )~

## ※事務局記入欄※

受講生番号		受講証	/	発送・手渡し・未	担当:
アンケートNo.		振込用紙	/	発送・手渡し・未	担当:
受付日	受付者	受講料	割引額	合計	入金担当:
		円	円	円	
備考					