**FAXまたは郵送でお申し込みください**

**FAX送信先　048-640-4408　藤仁館医療福祉カレッジ　全国統一模擬試験　事務局**

**郵送先　〒330-0846　埼玉県さいたま市大宮区大門町3-88　逸見ビル1階**

**藤仁館学園 全国統一模擬試験　受験申込書**

「藤仁館学園　全国統一模擬試験」　受験を申し込みいたします。

**※下記の必要事項を漏れのないようご記入ください。**　　　　　　申込年月日　令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受験希望科目  (どちらかに○) | 社会福祉士　　　・　　　精神保健福祉士 | |
| 共通・専門 科目　　　・　　　専門科目のみ | |
| （フリガナ）  氏　　名 |  | |
|  | |
|  | | |
| 住　　　所 | 〒　　　　　　　－ | |
| 連 絡 先 | 自　宅　　　　　　　（　　　　　　　　） | 携　帯　　　　　　　　（　　　　　　　　） |
| 本校は何で  知りましたか？ | 1,新聞・雑誌等の広告　　　2,友人等の紹介　　　3,インターネット　　　4,当校からのＤＭ  5,施設等からの紹介　　　　6,本校生（社会受験対策・精神保健受験対策）  7,通信課程在学生　　　　8,その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

事務局記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講生No. |  | 受付日 | 受付者 |  |
| 個人No. |  |