出張授業・校内見学会のお申し込みは FAX でも受付けています。
こちらにご記入の上、下記の番号へ送信してください。

お申し込み用紙

学校名	
住 所	〒　　ー
電話番号	（　　）　　ー
ご担当者様	
希望分野	福祉分野全般・医療分野全般・専門学校と大学の違い 介護福祉士 ・ 作業療法士 ・ 理学療法士 ・ 言語聴覚士 ・ 看護師 その他（　　）
希望内容	
希望時期	年　　月　　日 ~　　年　　月　　日頃 ◎実施希望日が確定している場合はご記入ください。 第一希望日：　　年　　月　　日 第二希望日：　　年　　月　　日
希望時間	AM / PM　　時 ~　　分程度

介護福祉学科
作業療法学科
理学療法学科
言語聴覚学科
看護学科

学校法人 青丹学園（せいたん）
関西学研医療福祉学院
〒631-0805　奈良市右京 1 丁目 1 番 5
FAX 0742 - 72 - 0635