

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	高等学校
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 ・ 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



せいたん
学校法人

青丹学園

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