

平成24年度 保健医療経営大学 英語公開講座 受講申込書

Tel: 0944-67-7007 Fax:0944-63-3003

区 分	新規・継続	申込日:平成 年 月 日
フリガナ		
氏 名		
性 別	男・女	
住 所	(〒 -)	
電話番号	※日中で連絡が可能な番号を記入してください。	
	()	
メールアドレス		
受講希望講座	※希望する講座に○を記入してください。 二つ以上の講座を希望される場合は、学務課教務係へご相談ください。	
		初級講座
		中級講座
		上級講座
		特級講座 *本学会場のみ
		土曜(医療英語)講座 *本学会場のみ
		土曜(一般英語)講座 *本学会場のみ
受講希望会場	本学会場・太宰府会場	
誓約書名	受講に当たっては、真摯に受講に励むとともに、施設利用等に関する大学側の指示等を遵守することを誓います。 署 名	

(以下、事務局記入欄)

受付印	備 考
	受付番号: