

## 保健医療経営大学 英語公開講座 受講申込書

申込日	平成 年 月 日		
フリガナ			
氏 名			
性 別	男 ・ 女		
住 所	(〒 - )		
電話番号	( )		
携帯電話	( )		
勤務先名	※みやま市外にお住まいで、みやま市に勤務されている方は必ずご記入ください。		
住 所	(〒 - )		
電話番号	( )		
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、受講者数によっては1つに限らせてもらうことがあります。より強く希望する方に◎を記入してください。		
		初級講座	
		中級講座	
		上級講座	
		特級講座	
		土曜講座	
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。  <div style="text-align: center;">署 名</div>		

(以下、事務局記入欄)

受付印	備 考