

神奈川県立保健福祉大学実践教育センター **公開授業 FAX申込書**

(この用紙を切り離すか、コピーしてご利用ください。)

(FAX送信先) 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 実践教育部

(FAX番号) **045-366-5803**

希望する授業の記号・番号 ※		—
日 時		平成 年 月 日 () 時 分～ 時 分
申込者	氏 名	
	住 所	〒
日中の連絡先電話番号		(自宅 携帯 職場)
勤務先	名 称	
	所在地	〒
	電話番号	
職 種 (該当するものを○で囲んでください)	保健師 助産師 看護師 管理栄養士 栄養士 社会福祉士 介護福祉士 精神保健福祉士 理学療法士 介護支援専門員 その他 ()	
実務経験等		

※A-1、C-3など、公開授業一覧表を確認のうえ記入してください。

(例) 教員・教育担当者養成課程(看護コース)の「ヒューマンサービス論」(9月12日開講)を申し込む場合
「 **A - 2** 」 と記入。