

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<br>(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<br>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。