

臨床美術士 5 級・4 級 取得コース 受講申込書

(写真)

3ヶ月以内撮影

正面上半身

(縦4cm×横3cm)

写真裏面に氏名記入

受講申込級に○をつけて下さい	5 級
	4 級

会 場：富山福祉短期大学
富山県射水市三ヶ 579 番地

※下記太線枠内は必ずご記入ください。

氏名	フリガナ	印	男・女	生年月日
				19 年 月 日 (満 歳)
現住所	フリガナ			
	(〒)			
	都・道			
	府・県			
	TEL ()	—	FAX ()	—
	携帯 ()	—		
	E-Mail アドレス ()	@		
勤務先	名称	所属部署	(内線)	
	〒	TEL ()	—	
受講の理由 (複数回答可)	1. 臨床美術士としての活動がしたい 2. 職場 (仕事) で役立てたい 3. 家族・知人に認知症患者がいる 4. 臨床美術 (クリニカルアート) に興味を持った 5. 右脳活性に興味を持った 6. 将来役立てたい 7. その他 ()			
[備考欄]				

[銀行振込票貼付欄]

※この申込用紙により、本学が知り得る個人情報については、これを厳重に管理し、本講座に関わる運営以外に転用いたしません。