

臨床美術士 5 級・4 級 取得コース **受講申込書**

3ヶ月以内撮影

正面上半身

(縦 4 cm×横 3 cm)

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〕