

平成 30 年度 2 級カウンセリング研修講座 申込書

カウンセリングセンター事務局

FAX 011-271-5068

ふりがな				写真 <small>顔写真を貼ってください。 ※3級認定者は不要</small>
氏 名				
生年月日	昭和・平成	年	月 日生	
住 所	〒 —			
電話番号	※☎			
携帯電話	※☎			
勤務先名				
	※☎ (連絡 可・不可)			
※電話番号は、講座予定変更など、緊急連絡等で必要ですので連絡先を必ず、記入してください。				
最終学歴				卒業
受講希望地	<input type="checkbox"/> 札幌（昼間部） <input type="checkbox"/> 札幌（夜間部） <input type="checkbox"/> 日高 <input type="checkbox"/> 旭川 <input type="checkbox"/> 石狩 <input type="checkbox"/> 苫小牧 ※ご希望される地域に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。			
その他				

【事務局記入欄】

申 込 日	平成	年	月	日	
受講料等支払	平成	年	月	日	
	平成	年	月	日	
	平成	年	月	日	
	平成	年	月	日	