

平成 年 月 日

平成 29 年度群馬県地域医療介護総合確保基金補助金事業

群馬社会福祉専門学校

映画「つむぐもの」鑑賞会・シンポジウム参加 申込書

フリガナ			
氏 名	姓	名	
住 所	〒		
自宅電話番号		携帯電話番号	
使用交通手段	自家用車・公共交通機関・その他()		
会場	本校(元総社キャンパス)		
参加内容 ○をつけてください。	映画鑑賞会・シンポジウム		
専門学校使用欄	受付日	処理欄-	

お申し込み方法は、郵送もしくはFAXの2通りになります。

*ご記入いただいた個人情報は、本申込書の事務処理のみ使用させていただきます。

◎郵送先の場合

〒371-0846 群馬県前橋市元総社町 152 番地：群馬社会福祉専門学校(本校)
映画上映会・シンポジウム参加申込係宛て

◎FAX の場合 FAX:027-289-4657

*当日は、上履きをご持参ください。