

オープンキャンパスご予約申込用紙

FAX 092-731-7422

フリガナ		生年月日(西暦)	性別
お名前		/ /	男・女
住所	〒(-)		
自宅電話番号	- -	携帯電話番号	- -
FAX番号	- -	メールアドレス	
学校名	在学中・卒業 社会人・その他		学年 年
志望する学科	<input type="checkbox"/> 医療秘書科(2年制) <input type="checkbox"/> 医療事務科(1年制) <input type="checkbox"/> 診療情報管理科(3年制) <input type="checkbox"/> 福祉総合学科(3年制)		
参加希望日	<input type="checkbox"/> おひとりで参加 <input type="checkbox"/> 保護者/家族の方と参加 → 父・母・() <small>その他の続柄</small> <input type="checkbox"/> お友達と参加 ↓		
月	日		

フリガナ		学校名		学年	
お名前					
志望学科	医療秘書科・医療事務科・診療情報管理科・福祉総合学科・付き添い				年



学生寮の体験宿泊を 希望する → 前日泊・当日泊
 希望しない

ご質問などありましたらお気軽にどうぞ!

ご希望のご連絡方法 → TEL・FAX・メール



学校法人 ILP 学園

ILPお茶の水医療福祉専門学校

福岡

一般社団法人日本病院会認定校(診療情報管理士養成認定校)厚生労働大臣指定(社会福祉主事養成機関)
 文部科学大臣認定(職業実践専門課程)