

日本シニア検定®試験「対策講座」お申込み書

お申込み日	平成 年 月 日	
会社名		
参加者名 氏名	様 (役職名)	
	様 (役職名)	
	様 (役職名)	
	様 (役職名)	
ご連絡先	TEL - -	
	携帯 - -	
参加コース	<input type="checkbox"/> 4回コース (水曜日・金曜日)	¥30,000 (税別) (認定校様¥20,000 (税別))
	<input type="checkbox"/> 単発 老化の原因・人体のしくみ	¥7,500 (税別)
	<input type="checkbox"/> 単発 老化による身体の変化	
	<input type="checkbox"/> 単発 高齢者を悩ます疾病	
	<input type="checkbox"/> 単発 高齢者とのコミュニケーション	
対策講座参加希望日	月 日 ()	
	月 日 ()	
	月 日 ()	
	月 日 ()	
	月 日 ()	
メールアドレス ※WEB受講の方必須	@	

※WEB講座を定期的を開催しております。
ご案内メールを送らせて頂きます。メールアドレスを御記入下さい。

お申込み先 FAX052-354-3211

お問い合わせ先 ㈱グローリア 21 TEL052-354-6211 担当：市川・水野