

郵送または FAX にて受付

年 月 日

中央福祉学院長 殿

学籍番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

介護職員実務者研修通信課程  
受講期間継続願

(3年目)

未修了科目があるため、受講期間の1年継続を許可いただきたく  
依頼します。

所定の継続受講料を負担します。

備考

---