日本メディカル福祉専門学校
厚生労働省認定通信教育（様式6･保育）

質　問　票

受付日	受付者
※	※

フリガナ		性　別	男　・　女
氏　　名			
学籍番号	ー　　ー		
連 絡 先	電話(　　)　E-mail(　　@　　)		
科 目 名			
質問内容			

回　　答	

教員　又は　担当者名	

※欄には記入しないでください。
※コピーをして使用してください。