（様式 12）

－厚生労働省認可　通信教育－

質　問　票

受付		返送	

精神保健福祉士短期養成通信課程

学籍番号	*	ふりがな	*
科 目 名	*	氏　名	*

【質問】

【回答】

◇講師または担当者名（　　）

1）＊印は必ずご記入ください。　　2）質問票一枚につき１科目、１項目に限る。

群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校