

国際医療福祉大学 市民開放授業 受講申込書

受講者 番号※	
------------	--

※印の欄は記入しないでください。

フリガナ	
氏 名	

性 別	男 ・ 女
-----	-------

生 年 月 日	西暦	年	月	日生	年 齢	
---------	----	---	---	----	-----	--

住 所	〒	
-----	---	--

電 話	TEL	
-----	-----	--

ファックス	FAX	
-------	-----	--

緊急時 連絡先 電話	TEL	() 様方
------------------	-----	--------

E-mail	<任意>	
--------	------	--

登録者に休講情報等を配信します。

受講の きっかけ (複数回答可)	(1) 広報おおたわらを見て知った。 (2) 国際医療福祉大学のホームページを見て知った。 (3) マスコミ情報(新聞、ネット記事等)を見て知った。 (4) 知人からの紹介。 (5) リピート。過去に本学の授業を受けたことがある。 (6) その他()	当てはまる数字を○で囲んで下さい。
------------------------	---	-------------------

駐 車 場	(1) 利用を希望する (2) 利用を希望しない 何れかを○で囲んで下さい。
-------	--

車 種 ・ 色 ナ ン バ ー	(記入例) プリウス 白 那須300 あ12-12
--------------------	---------------------------

受 講 科 目	保健医療福祉制度論
---------	-----------

〒324-8501 栃木県大田原市北金丸2600-1

TEL 0287-24-3209(教務課直通)

FAX 0287-24-3100



国際医療福祉大学
INTERNATIONAL UNIVERSITY OF HEALTH AND WELFARE

ご記入いただきました個人情報は「市民開放授業」運営管理にのみ利用致します。又法令に基づくなどの正当な理由がない限り、第三者へ個人情報を提供することはありません。