

国際医療福祉大学 市民公開授業 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	年齢	
------	----	---	---	---	----	--

住所	〒	
----	---	--

電話	TEL	
----	-----	--

ファックス	FAX	
-------	-----	--

緊急時 連絡先	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)	当てはまる数字を○で囲んで下さい。 (1) 大学からの案内(DM) (2) 過去に本学の授業を受けたことがある (3) 国際医療福祉大学のホームページを見て知った (4) 本学附属病院(国際医療福祉大学病院・塩谷病院・大学クリニック)で配布 されていたチラシで知った (5) 知人からの紹介 (6) その他()
------------------------	--

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

申込科目	当てはまる数字を○で囲んで下さい。 (1) 『郷土論』のみ申し込む (2) 『医療管理学』のみ申し込む (3) 『郷土論』および『医療管理学』2科目を申し込む
------	--

〒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「市民公開授業」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。