

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 ー (記入例) プリウス 白 那須300 あ12-12

申込科目 総合講義(現代社会をどう見るか)