

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	郷土論～栃木学～
------	----------