

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		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	総合講義(現代社会をどう見るか)
------	------------------