

# 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○で囲んでください。 (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○で囲んでください

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○で囲んでください。 (1) 『ボランティア論』のみ申し込む (2) 『郷土論』のみ申し込む (3) 『ボランティア論』および『郷土論』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いたします。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。