

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	<p>当てはまる数字を○で囲んでください。</p> <p>(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()</p>
----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

駐車場	(1) 利用を希望する (2) 利用を希望しない	車種・色 ナンバー	
何れかを○で囲んでください			

何れかを○で囲んでください

(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

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。