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）	当てはまる数字を〇で囲んで下さい。 （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

何れかを〇で囲んで下さい。

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）

国際医療福祉大学
INTERNATIONAL UNIVERSITY OF HEALTH AND WELFARE

〒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致します。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。