

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○で囲んで下さい。</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</p> <p>(3) 国際医療福祉大学のホームページを見て知った</p> <p>(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</p> <p>(5) 知人からの紹介 (6) 広報おたわらを見て知った</p> <p>(7) その他()</p>
------------------------	--

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－超高齢者社会で認知症と向き合う
------	----------------------



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。