

国際医療福祉大学 市民開放授業 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	西曆 年 月 日	年 齡
------	-----------------------	----------

住 所

電 話	TEL
	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) リピート。過去に本学の授業を受けたことがある。 (3) 広報おおたわらを見て知った。(4) 国際医療福祉大学のホームページを見て知った。 (5) 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。 (6) 知人からの紹介。 (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	車種・色 ナンバー
-----	-----------------------------	--------------

何れかを○で囲んで下さい。

(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○で囲んで下さい。 (1) 『郷土論』のみ申し込む (2) 『アジア諸国の経済・社会・文化』のみ申し込む (3) 『郷土論』および『アジア諸国の経済・社会・文化』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「市民開放授業」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。