

模擬患者・模擬クライアント養成講座 申込用紙

下記の太枠内をすべて記入し、
郵送（横須賀市平成町 1-10-1） または **FAX(046 - 828 - 2501)**
でお申込みください。申込後、1 週間を目安にメールでご連絡します。

記入日 年 月 日

しめい 氏名		性別 男・女	
住所	〒		
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)		
メール アドレス (※)	パソコン	@	
	携帯電話	@	
電話番号	固定電話	— —	
	携帯電話	— —	
	災害時などの緊急時の連絡先に○を付けてください		
希望日	希望の日程に○を付けてください		
		第 1 希望	第 2 希望
	2 月 5 日 (木)		
	2 月 6 日 (金)		
※希望は 1 日でも構いませんが、可能な範囲でご記入ください。			
※定員の都合により、第 1 希望以外の日程でご案内する場合があります。			
所属する老人クラブなどがありましたらご記入ください			

※本学からは電子メールによりご連絡いたします。

必ずメールアドレスのご記入をお願いします。

【個人情報の取扱いについて】

お送りいただいた個人情報は、今回の模擬患者登録の諸手続きのみに利用します。応募者の個人情報は厳重に管理し、応募者の同意なしに第三者に開示・提示することはありません。
(法令等により開示を求められた場合を除く)

【問合せ先】

神奈川県立保健福祉大学 教務学生課
電話：046－828-2525