

# 平成 25 年度 群馬医療福祉大学公開講座申込書

**※受講料：無料**

平成 年 月 日

※印の欄は、必須事項です。必ず、ご記入下さい。

(フリガナ) 氏名	※	性別	※ 男・女	年齢	満 歳
住所	※ 〒				
電話番号	※	Eメール アドレス			
職業		会場までの 交通手段	※ 徒歩、自転車、自家用車、 自家用車乗合、その他( ) 未定		
今後、群馬医療福祉大学公開講座に関わる案内の送付を希望 されますか？ (『平成 26 年度群馬医療福祉大学公開講座』冊子等)		※ 希望する ・ 希望しない			
備考					

上記のとおり、群馬医療福祉大学公開講座に申し込みます。

F A X 送信先 群馬医療福祉大学 公開講座担当：富澤 宛

**申込先 F A X 番号：0 2 7 - 2 5 4 - 0 2 9 4**

- 折り返し、受講受付完了のはがきをお送りします。
- 上記、記入事項で得た受講者の個人情報、本学公開講座に係る事務以外には、使用いたしません。なお、本講座へのお問い合わせ、ご希望等がございましたら下記まで、遠慮なくご連絡ください。

TEL : 0 2 7 - 2 5 3 - 0 2 9 4

Eメール：[tomizawa@shoken-gakuen.ac.jp](mailto:tomizawa@shoken-gakuen.ac.jp)

(公開講座担当：富澤 宛)