

明石医療センター附属看護専門学校 資料請求申請書

令和 年 月 日

フリガナ 請求者氏名 ※	
住 所 ※	〒 _____
電話番号 ※	※日中連絡可能な電話番号 _____
職 業 ※	※学生の場合は学校名および学年を記入してください
eメールアドレス ※	

※すべて【必須】項目ですので、必ず記入してください。

もしプリントアウトできない場合はメモ用紙等に必要事項を記入の上、返信用封筒とともに郵送してください。

請求書送付先

〒674-0063 明石市大久保町八木 743-33 明石医療センター附属看護専門学校 宛

個人情報の取り扱いについて

資料請求にあたりお知らせいただいた氏名・郵便番号・住所・電話番号・職業・eメールアドレス等の情報は、学校案内等の発送、学校説明会や行事のご案内、統計資料作成の目的に使用します。使用目的終了後は、速やかに適切な手段で廃棄します。