（様式７）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| コース名 | 緩和ケアコース | ※受験番号 |  |

緊 急 連 絡 先

**◆緊急連絡先**

災害などで選抜試験当日の日程に変更が生じた場合に限り、埼玉県立大学地域産学連携センターより受講生の皆様の携帯メールへ通知させていただきます。

（注意事項）

①携帯メールアドレスが間違っていますと連絡ができませんので、判読できるように大きく楷書でご記入ください。

②携帯メールアドレスがない方は、必ず連絡のつく電話番号をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 携帯メールアドレス  （楷書で丁寧に記入） | ＠ |
| 携帯電話番号 | －　　　　　　　　－ |
| 上記以外で連絡のつく電話番号（※携帯電話をお持ちでない方） | ＴＥＬ：  ＦＡＸ： |

※この緊急連絡先の個人情報は、選抜試験終了後、シュレッダーにかけて破棄します。