

(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る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。

ふり 氏	がな 名	
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。