

九州医療科学大学

オープンキャンパス参加申込書

(提出先)

FAX : 0983-32-3440

Email : fukushi@town.kijo.lg.jp 締め切り 令和8年7月24日(金)

送付先 木城町役場 福祉共生課 オープンキャンパス担当宛

私は、木城町役場が引率する九州医療科学大学オープンキャンパス(8月8日)に、
下記のとおり申し込みます。

体験者氏名	ふりがな		年 齢
			歳
付き添い人数	体験者を除いて 名		
連絡先 (住所) 携帯電話番号	〒 ー 木城町大字		Tel
希望する体験実習 午後の見学コースを 第1希望から第3希 望までご記入くださ い(①、②、③)。	社会福祉学部 スポーツ健康 福祉学科	スポーツ科学コース	
		鍼灸健康コース	
		救急救命コース	
		ソーシャルワークコース	
	臨床心理学部 臨床心理学科	心理・福祉コース	
		言語聴覚コース	
	生命医科学部 生命医科学科	臨床検査技師コース	
		細胞検査士コース	
		コスメサイエンスコース(新設)	
	薬学部	薬学科	
		動物生命薬科学科	

【個人情報の取り扱いについて】

ご記入いただいた個人情報は、木城町がオープンスクール参加申し込みの対応上、必要な手続きにのみ使用させていただき、学校法人順正学園と共有します。これらの個人情報は適切な安全管理のもとに管理し、事前に申込者の同意なくその他の第三者への開示・提供はいたしません。