**様式５－１**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **※受験番号** | (浜松医科大学医学部附属病院記入欄)  と |

連 絡 先届

　選考日などで連絡事項が生じた場合、浜松医科大学医学部附属病院より受講生の皆様に連絡をさせていただく場合があります。

　連絡先を下記に記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ふり　　 がな   1. 氏　 名 |  |
| 1. 携帯電話番号 | ―　　　　　　― |
| 1. ②以外で連絡の   つく電話番号 | （連絡先名　　　　　　　　　　　　自宅：職場：他　　　　　　）  ＴＥＬ：    ＦＡＸ： |
| 1. パソコンのメール   アドレス  （丁寧に記入） | ＠ |
| 1. 結果通知の送付先 | 〒　　　―  住所  受取人が本人以外の場合の宛名（　　　　　　　　　　　　　） |

※上記の個人情報は、看護師特定行為研修受講や選考に関する連絡などの目的以外に使用する

ことはありません。

浜松医科大学医学部附属病院