|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**緊急連絡先**

悪天候・災害時等で試験や実習の日程に変更が生じた際は、聖隷三方原病院より受講生の皆様の携帯電話のメールアドレスに通知を送らせて頂く場合があります。

氏名（よみがな）：　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）

携帯電話メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　＠

携帯電話番号：

上記以外で連絡のつく電話番号　：

　　　　〃　　　　　ＦＡＸ番号：

* ※欄は記入しないこと