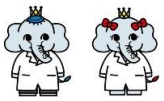
「受付票」に記入して持参いただくと
受付がスムーズです！

OPEN CAMPUS 受付票(HP)

＊項目にご記入の上、オープンキャンパス受付にご提出下さい。



氏名	フリガナ	性別	□男 □女
現住所	〒(　　－　　) 都　道 府　県		
TEL	(　　)	参加回数	初参加 ・ (　　)回目
メールアドレス			
高校名	都　道 府　県　　立 市　私	高等学校	□(　)年 □既卒 □社会人(　歳)
志望 学科・専攻	□診療放射線学科 □理学療法学専攻　□作業療法学専攻 □看護学科　□臨床工学科		
Q.本日は保護者同伴ですか	□同伴		□同伴でない

＊個人情報に関する取扱について＊
お知らせいただいた住所･氏名･その他の個人情報は,学校見学会など本学からのイベント通知･学校案内等の発送業務･その他統計資料作成を行う為に利用致します。これらについては、個人情報保護法規定に則し行います。申込みをされた方の個人情報は本学が明示する用途に限り使用します。他の目的に利用することはありません。

保健医療学部：診療放射線学科
リハビリテーション学科(理学療法学専攻･作業療法学専攻)
看護学科
臨床工学科

お問い合わせ先

〒350-0435　埼玉県入間郡毛呂山町下川原1276
Tel:049-230-5000(入試広報課直通)
平日9：00～17：00

日本医療科学大学
Nihon Institute of Medical Science