筑波大学大学院 人間総合科学研究科 スポーツ医学専攻
オープンキャンパス ２０１９

参加申込書

申込日　2019 年　月　日

下記，太枠内に必要事項を明記して下さい.

フ リ ガ ナ				
氏　　名	姓　　名			
生 年 月 日	（西暦）　年　月　日　（　歳）			
自 宅 住 所	〒　－ 都 道 府 県　市 町 村　*市町村までの記載で構いません			
連 絡 先	ＴＥＬ		ＦＡＸ	
	Ｅメール			
社会人の方は勤務先名および社会に出てからの年数を，学生の方は所属学校名と学年を記載して下さい.				
勤 務 先 名			勤続年数	年
所属学校名			学年	年
オープンキャンパスで聞きたいこと，確認したいこと，不明なことに○をつけて下さい.　*複数選択可				
開設授業 ・ 入試情報 ・ 修了後進路情報 ・ 研究環境 ・ その他（　）				
スポーツ医学専攻の興味のある分野に○をつけて下さい.　*複数選択可				
スポーツ医科学基礎論分野 ・ 生涯スポーツ医学分野 ・ 競技スポーツ医学分野 ・ 健康スポーツ医学分野				
希望指導教員名				

【ご質問・ご意見】自由記述

【個人情報の取り扱いについて】

記載頂いた個人情報については，本オープンキャンパス実施に係る利用のみとします.
なお，ご提供いただく個人情報は適切かつ厳正に管理し，これ以外の目的には利用致しません.