（様式５）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**緊　急　連　絡　先**

◆**緊急連絡先**

災害などで試験や実習の日程に変更が生じた場合には、高岡市民病院看護部から受講生の

皆様の携帯に電話やメールで通知させていただくことがあります。

（注意事項）

1. 携帯は、必ず連絡のつく番号をご記入ください
2. 携帯メールアドレスは、判読できるよう大きく楷書でご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 携帯電話番号 | 　―　　　　　　　　　　― |
| 携帯メールアドレス（楷書で丁寧に記入） | 　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 上記以外の緊急連絡先 | TEL：　（続柄　　　　　）　（氏名　　　　　　　　　　　　）　 |

※この緊急連絡先の個人情報は、研修修了後、シュレッダーにかけて破棄します。