**様式５－２**

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

緊 急 連 絡 先届

◆**緊急連絡先**

災害などの緊急時の場合に限り、浜松医科大学医学部附属病院より、入講出願の皆様の携帯メールへ通知させていただきます。

（注意事項）

①メールアドレスに間違いがある場合、連絡ができませんので、判読できるように本様式をダウンロードし、**入力後印刷**してください。 **（手書きは不可）**

②携帯メールアドレスがない方は、必ず連絡がとれる電話番号を**入力**してください。

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな****氏 名** |  |
| **メールアドレス****（丁寧に記入）****パソコンで使用できるもの** | **＠** |
| **携帯メールアドレス****（丁寧に記入）** | **＠** |
| **携帯電話番号** | **－　　　　　　－** |
| **上記以外で連絡がとれる電話番号****（※携帯電話をお持ちで****ない方）** | **ＴＥＬ：** **ＦＡＸ：**  |

※この緊急連絡先の個人情報は、本院の看護師特定行為研修以外に利用しません。

浜松医科大学医学部附属病院