（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、富山県立中央病院看護部より受講生の皆様の携帯メールへ通知させていただくことがあります。

（注意事項）

　①携帯メールアドレスが間違っていますと連絡ができませんので、判読できるように大きく楷書でご記入ください。

　②携帯メールアドレスがない方は、必ず連絡のつく電話番号をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 携帯メールアドレス（楷書で丁寧に記入） | 　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 携帯電話番号 | 　　　　　　　　　　　―　　　　　　　　　　　― |
| 上記以外で連絡のつく電話番号　（※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、研修修了後、シュレッダーにかけて破棄します。