

## 資料請求申し込み用紙

平成 年 月 日

※は記入必須項目です。

※希望資料	学院案内 / 募集要項 / 過去問題(有料:300円) / 周辺の寮・アパート案内		
※ふりがな			性別
※お名前			男 / 女
※ご住所	〒(      -      )		
※電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
所属(学校名)		学年	年生
志望学科	理学療法学科 / 作業療法学科 / 臨床工学学科 / 義肢装具学科 / 救急救命学科		
お問い合わせ			

熊本総合医療リハビリテーション学院

〒861-8045 熊本市東区小山2丁目25-35

TEL:096-389-1133 FAX:096-389-1135