受験番号：

（様式７）

緊　急　連　絡　先

　♦緊急連絡先

　　災害などで入学試験の日程に変更が生じた場合に限り、八戸市立市民病院事務担当から緊急で連絡いたします。（通知方法は、その時の状況でメールまたは電話で行うかを判断します）

　　［注意事項］

①　メールアドレスが間違っていますと連絡が出来ませんので、大きく楷書で

判読できるようにご記入ください。

　　　　②　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。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 所属施設名 |  |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　＠ |
| 携帯電話番号 | －　　　　　－ |
| 上記以外で連絡のつく電話番号 | 　　　　－　　　　　－　　　　（間柄　　　　　） |

　　　注）この緊急連絡先の個人情報は入学試験終了後、シュレッダーにかけて破棄

いたします。