

FAX 用エントリーフォーム

FAX 送信日時 年 月 日

学校法人ルネス学園 甲賀健康医療専門学校

— 必要事項をご記入の上、FAX にて送信して下さい — ※必須項目	
※ ご請求者名フリガナ	
※ご請求者名	
※ ご記入者名フリガナ	
※ご記入者名	※ご請求者とご記入者が異なる場合のみご記入下さい
ご請求者との関係	※ご請求者とご記入者が異なる場合のみご選択下さい <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 兄・弟・姉・妹 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他
※ご住所	〒
※連絡先電話番号 1	
連絡先電話番号 2	
E-mail	@
※性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
※年齢	
※在学学校(最終学歴校)	学校種別 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> その他 学校名 学年
※現在の状況	<input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 専門学校生 <input type="checkbox"/> 大学生 <input type="checkbox"/> 社会人 <input type="checkbox"/> その他
※ご希望の学科	<input type="checkbox"/> スポーツ健康科 <input type="checkbox"/> 柔道整復科 <input type="checkbox"/> どちらにも興味がある
※資料請求は今回が初めてですか？	<input type="checkbox"/> 今回が初めて <input type="checkbox"/> 以前に資料請求をしたことがある

FAX 番号 : 0748-88-6166

FAX 用アンケートフォーム

本校では皆様からのご意見を今後の学校方針・入試活動に役立てていきたいと考えております。お手数ではございますが、下記アンケートへのご協力をお願い致します。

※Q1～Q3は全項目必須となっておりますので、ご協力お願い致します。

Q1. 本校のホームページを何処でお知りになりましたか？（複数選択可）		
<input type="checkbox"/> 検索エンジン	<input type="checkbox"/> パンフレット	<input type="checkbox"/> 進学情報誌
<input type="checkbox"/> 新聞広告などのメディア	<input type="checkbox"/> 友人・知人を通して	<input type="checkbox"/> 学校の先生・クラブ顧問
<input type="checkbox"/> 野球雑誌	<input type="checkbox"/> サッカー雑誌	<input type="checkbox"/> その他雑誌広告
<input type="checkbox"/> ポスター	<input type="checkbox"/> その他	
Q2. 興味のある学科・専攻は？（複数選択可）		
<input type="checkbox"/> 柔道整復科 （専修コース）	<input type="checkbox"/> 柔道整復科 （併修コース）	<input type="checkbox"/> フィットネス・ トレーナーコース
<input type="checkbox"/> アスリートコース	<input type="checkbox"/> スポーツ健康科 （男子サッカー専攻）	<input type="checkbox"/> スポーツ健康科 （硬式野球専攻）
<input type="checkbox"/> スポーツ健康科 （女子ソフトボール専攻）	<input type="checkbox"/> スポーツ健康科 （女子サッカー専攻）	<input type="checkbox"/> スポーツ健康科 （スポーツトレーナー専攻）
<input type="checkbox"/> その他		
Q3. 詳しく知りたい情報はありますか？（複数選択可）		
<input type="checkbox"/> カリキュラムについて	<input type="checkbox"/> クラブ活動について	<input type="checkbox"/> 教員について
<input type="checkbox"/> 就職・進学（編入）について	<input type="checkbox"/> 資格習得について	<input type="checkbox"/> 交通の便について
<input type="checkbox"/> 施設や設備について	<input type="checkbox"/> 周辺の環境について	<input type="checkbox"/> 奨学金について
<input type="checkbox"/> その他		
ご意見・ご要望などその他不明な点などがございましたらお気軽にご記入下さい		

FAX 送信先 0748-88-6166

学校法人ルネス学園 甲賀健康医療専門学校

〒520-3403 滋賀県甲賀市甲賀町鳥居野 1085 TEL : 0120-87-6177

個人情報の取り扱いについて

出願にあたって提出された住所、氏名、生年月日その他の個人情報は、入学選抜、入学手続及びこれらに付随する事項、並びに入学後の学籍・成績管理及びこれに付随する事項のためにのみ利用します。

また、取得した個人情報は適切に管理し、利用目的以外に使用致しません。