

社会福祉法人枚方療育園 医学部修学生 登録票

下記のとおり、医学部修学資金貸与制度に登録いたします。

フリガナ	
氏名	
生年月日	
住所	〒
電話番号	
携帯電話	
メールアドレス	
出身学校及び予備校名	高校（来春卒業予定または（ ）年度卒業） 大学（来春卒業予定または（ ）年度卒業） 予備校
保護者氏名	
続柄	
主たる生計者の所得 (凡その額)	

上記、個人情報は「社会福祉法人 枚方療育園 医学部修学生の募集」のみに使用します。
 取り扱い個人情報は法令、社会福祉法人 枚方療育園個人情報の保護に関する
 規定に則り適正に管理を致します。