

学生・教職員対象 TOEFL-ITP®テスト申込書

申込書、受験票、領収書の太枠内をきれいに記入してください。

氏名	フリガナ ウチ ナダ ハナコ
	内 灘 花 子
学部または所属	医学部、看護学部、〇〇課など
学年または職名	第〇学年、事務員など
学籍番号または職員番号	MB 1-2 3 4 5、1 2 3 4 5 など
電話番号 ※携帯電話など連絡の取りやすい番号	0 9 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8
E-mail アドレス	*****@kanazawa-med.ac.jp など
※教職員のみ以下の2項目を選択してください。	
ALC NetAcademy の利用	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 不要
スコアレポート受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 所属部門・科・課へ配布 <input type="checkbox"/> センターで受取
<input checked="" type="checkbox"/> 注意事項を読み、個人情報の取り扱いについて同意します	

申込締切 平成 27 年 9 月 1 日 (火)

受付印

事務課記入欄

受験番号	9 _ _ _	受付者	
------	---------	-----	--

受験番号	9 _ _ _
------	---------

学生・教職員対象 TOEFL-ITP®テスト申込書

受 験 票

氏名	内 灘 花 子
学部または所属	医学部、〇〇課など
学年または職名	第〇学年、事務員など
学籍番号または職員番号	MB 1-2 3 4 5、1 2 3 4 5 など

【実施日】平成 27 年 9 月 1 日 (火) 17:30~20:00

(入室時間 17:00~17:30、試験時間 17:30~20:00(事前説明含む))

【会 場】本部棟 4 階 A41 講義室

【持ち物】本受験票、本学身分証明書(学生は学生証)、
HB 以上の鉛筆かシャープペンシル、消しゴム

※携帯電話は使用不可

受験にあたり、本受験票および
本学身分証明書(学生証)を机の
見える位置に提示してください。

受付印

学生・教職員対象 TOEFL-ITP®テスト申込書

領 収 書

氏名	内 灘 花 子
学部または所属	医学部、〇〇課など
学年または職名	第〇学年、事務員など
学籍番号または職員番号	MB 1-2 3 4 5、1 2 3 4 5 など

金 3,460 円

上記の金額正に領収いたしました。

金沢医科大学
国際交流センター事務課

受付印