

サポーターご希望の皆様

本学の専門職連携教育（IPE）の趣旨にご賛同をいただき、ご協力をいただける方は、別添の申込用紙（別添 1、2）に必要事項をご記入の上、神戸学院大学まで FAX してください。FAX によるご送付ができない場合は、お電話にてご連絡ください。

なお、お申し込み後、1 週間以上経過しても本学から連絡がない場合は、恐れ入りますが、下記お問い合わせ先まで、お電話をいただけますと幸いに存じます。

<お問い合わせ先>

KPC 教務事務グループ IPE 担当 Tel : 078-974-4085

※ IPE を開催するキャンパスは、次の通り 2 か所ございます。

<1> ポートアイランドキャンパス

所在地：〒650-8086 神戸市中央区港島 1-1-3

アクセス方法：JR 神戸線「三ノ宮駅」・阪急・阪神「神戸三宮駅」・

神戸市営地下鉄「三宮駅」から神戸新交通ポートライナー
「みなとじま駅」下車、西へ徒歩約 6 分

<2> 有瀬キャンパス

所在地：〒651-2180 神戸市西区伊川谷町有瀬 518

アクセス方法：JR 神戸線「明石駅」南側 西ロータリー「7 番」のりばから

神姫バス「神戸学院大学方面行」に乗車し、「神戸学院大学」下車

年 月 日

申込用紙

F A X 番号 078-974-4102

神戸学院大学 KPC 教務事務グループ IPE 担当 行

電話の場合：078-974-4085

* 電話受付時間：9：00～15：00

* F A X 受付時間：曜日・時間指定はなし

ふりがな お名前	(男・女)(西暦 年生まれ)
ご住所	〒
ご連絡先	電話番号(※ご自宅または携帯のどちらでも構いません)： E-mail： 緊急時連絡先(※緊急時につながるご連絡先をご記載ください)：
協力可能な キャンパス	※ご訪問いただけるキャンパスに、☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> ポートアイランドキャンパス <input type="checkbox"/> 有瀬キャンパス
協力可能な 曜日	※ご訪問いただける曜日に、☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日

協力可能な 内容	<p>※該当する項目に、☑をつけてください。</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 自らが病気になられたときのご経験をお話する<input type="checkbox"/> ご家族の介護をされたときのご経験をお話する<input type="checkbox"/> 地域の保健医療福祉分野の専門職の役割をお話する<input type="checkbox"/> 学生がご自宅、または保健医療福祉施設を訪問し、 チームで活動する実習を受け入れる<input type="checkbox"/> その他（※以下のスペースに協力可能な内容をご記入ください） <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
その他 (ご要望等)	

※ ご提供いただきました個人情報につきましては、本事業の目的以外で使用することは
ございません。