

## 就業情報通信システム 利用申請書

申請日	平成            年            月            日
氏名	
卒業年	昭和    ・    平成            年
生年月日	昭和・平成            年            月            日
電話番号	
FAX 番号※	
e-mail※	
利用目的	

※ID・PASSWORDのご連絡の為、FAX 番号または e-mail アドレスのいずれかは必ずご記載ください。

※利用可能期間は、1年間とします。

**F A X 送 信 先**

**0 9 2 - 8 0 1 - 0 4 2 7**

- ID とパスワードは、ご自身で大切に保管ください。
- 登録者以外の方が ID、パスワードを使用することはご遠慮ください。
- パスワードを失念もしくは盗用された場合またはその可能性がある場合には、直ちに本学へご連絡ください。
- パスワードの失念、紛失、盗難の届け出の前に生じた損害については、本学に故意または重過失が認められない限り、本学は責任を負いません。
- ID・パスワードの第三者への譲渡は禁止いたします。

お問い合わせ先

福岡歯科大学 学務課学生係

TEL : 092-801-1884 (直通)

e-mail : gakusei@college.fdcnet.ac.jp

福岡歯科大学 学生支援推進プログラム WEB サイト

<http://www.fdcnet.ac.jp/col/mext/te-maB/data/index.html>