

**第14回「鹿児島大学病院医療クラーク養成講座」
参加申込書**

- ※ お申込は本票により、ファクシミリ又は郵送にてお願いします。
- ※ 申込み期限：2012年 5月 2日（水）16：00
- ※ 参加費：30,000円
- ※ 参加費は参加申込みと同時に払込みください。（払込みの確認次第、ご連絡を差し上げます。）
- ※ 参加費の払戻しには応じかねますので、予めご了承ください。その他不明な点は事務局までお問い合わせください。

第14回 「鹿児島大学病院医療クラーク養成講座」 参加申込書			
所 属 (個人の場合不要)			
所属施設所在地 又は現住所	〒		
TEL		FAX	
参加者氏名			
(フリガナ)			
所 属 部 署		役 職	
E-M a i l	@		
申込年月日	平成 年 月 日		
申込責任者名		責任者TEL	
この養成講座を何 でお知りになりましたか			

- ※ 個人情報の取り扱いについて
- 1. 参加申込でご提供いただいた個人情報は、安全かつ厳密に管理致します。
- 2. 個人情報は、上記参加申込に関する事務手続きのみに使用します。ただし、当研究会からのセミナーや講演会等の開催案内を希望する場合には、そのご案内のためにも使用する場合があります。
- 3. 個人情報は第三者に開示、提供、預託することはありません。

事務局 FAX：099-275-5177

住所：890-8520 鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1

鹿児島大学病院 医療情報部内

特定非営利活動法人かごしま保健医療福祉サービスを考える会