

**第 24 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、ファックス、又は郵送にてお願いします。
- ※ 申込み期限：2016年1月15日（金）
- ※ 参加費：30,000円（税込）
- ※ 参加費の振込につきましては、別途お知らせ致します。
- ※ 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。
- ※ お申込み確定後のキャンセルにつきましては、取消料が発生します。詳細につきましては、ホームページをご参照ください。

| 第 24 回 「鹿児島大学病院医療クラーク養成講座開講」<br>参加申込書 |                         |     |  |
|---------------------------------------|-------------------------|-----|--|
| 申込年月日                                 | 平成      年      月      日 |     |  |
| 所 属<br>(個人の場合不要)                      |                         |     |  |
| 所属施設所在地<br>又は現住所                      | 〒                       |     |  |
| TEL                                   |                         | FAX |  |
| 申込責任者名                                |                         |     |  |
| 所 属 部 署                               |                         | 役 職 |  |
| (フリガナ)                                |                         |     |  |
| 参加者氏名                                 |                         |     |  |
| E-M a i l                             | @                       |     |  |
| この養成講座を何<br>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ことがあります。
- 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