

**第 30 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：2018年1月16日（火）
- ※ 参加費：30,000円（税込）
- ※ 参加費振込のご案内につきましては、事務局より別途ご連絡いたします。
- ※ 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 30 回 「鹿児島大学病院医療クラーク養成講座開講」 参加申込書 | | | |
|---------------------------------------|----------|-----|--|
| 申込年月日 | 平成 年 月 日 | | |
| 所 属 (個人の場合不要) | | | |
| 所属施設所在地 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 (連名記入可) | | | |
| E-Mail | @ | | |
| 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