

**第 35 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：2019年9月3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 35 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	令和 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-M a i l	@		
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