第 40 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。
※　開 催 日：2021 年 5 月 29 日(土)･30 日(日)･6 月 5 日(土) お申込み期限：2021 年 5 月 18 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 40 回　「鹿児島大学病院医療クラーク養成講座」 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			
連　絡　先 申込責任者名			
所 属 部 署		役　職	
ＴＥＬ		ＦＡＸ	
（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
（通称）ＮＰＯアームスかごしま