

**第 19 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：2014年5月14日（水）
- ※ 参加費：30,000円（税込）
- ※ 参加費は参加申込みと同時に同封の郵便払込取扱票で払込みください。（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。
- ※ 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 19 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			
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