

第 35 回カトリック医療関連学生セミナー申込書(fax 用)

※可能な限りネット (<https://forms.gle/BrUtUyHo1oNM7vN98>) での申し込みをお願いします。(事務処理軽減のためご協力ください)

ふりがな ●氏名	年齢	歳
	性別	
メールアドレス(必修)		
携帯電話番号		
緊急連絡先(緊急時につながる本人以外の電話番号を入力して下さい)		
住所 (当会会誌の送付希望者はご記入下さい。無料、12 月頃)	〒	
参加区分	高校生	学生 社会人
●主たる取得資格(学生は予定) ※1 つだけ選んで下さい	医師 歯科医師 看護師 助産師 保健師 薬剤師 社会福祉士 その他の職種()	
●所属病院、部科名等 (学生は学校名、学年)		
8 月 2 日(金)午前	参加	・ 不参加
8 月 2 日(金)午後	参加	・ 不参加
8 月 3 日(土)午前	参加	・ 不参加
8 月 3 日(土)午後(エクスカージョン)	参加	・ 不参加
8 月 2 日(金) 懇親会	参加	・ 不参加
8 月 3 日(土) 昼食	要	・ 不要
長崎カトリックセンター宿泊希望(学生のみ)	要	・ 不要
交通費補助(学生のみ)	要	・ 不要
最寄りの新幹線の駅または空港 (交通費補助希望者のみ)		

アンケート(申し込み用紙と同時に FAX してください)

◆今回の学生セミナーは何回目ですか？（ ）回目

◆今回の学生セミナーのことをどこで知りましたか？（複数回答可）

カトリック医師会からの郵便 カトリック新聞 カトリック医師会ホームページ facebook twitter ポスター 友人・知人から

その他（ ）

◆参加するきっかけ、理由を簡潔に教えて下さい。

送付先 fax 番号 095-827-5657 済生会長崎病院内 芦澤潔人 宛て

※ご記入いただきました個人情報は、来年以降の学生セミナー等の案内にも利用する予定です。

※●はパンフレットに記載予定です。