

ブラック・ジャック セミナー参加申込書

必要事項をご記入の上、平成 29 年 9 月 30 日(土)までに下記申請先 FAX ご送付ください。

参加の通知につきましては、抽選を持って平成 29 年 10 月 6 日(金)以降に郵送させていただきますので、必ず連絡先のご記入をお願い致します。記載に不備があった場合は申し込みを受け付けができないことがあります。

注意事項

お申し込みの際には、以下2点にご同意いただいた上で、お送り下さいますようお願い申し上げます。

注意事項にご同意いただけない場合、ご参加頂くことができかねますので予めご了承ください。

*ゴムに対してアレルギーのある方は事前にお申し出ください。

① 「個人情報の取り扱いについて」

参加申し込みの際に記載して頂く個人情報は、本セミナーの開催・運営およびそれに関連する業務遂行のために必要な範囲でのみ利用させていただきます。

② 取材について

セミナー当日は、テレビ・新聞など、報道関係者が取材をさせていただく場合がございます。セミナーの途中や前後でインタビューを受けた場合は、放送・記事となる可能性がありますこと、あらかじめご了承ください。また、当院のホームページ等への掲載承諾も重ねてお願いいたします。

参加者名(ふりがな): _____ (_____)

学校名/学年: _____ 年生

連絡先電話番号/メールアドレス: _____

〒

住所 _____

参加同意の署名(保護者の方): _____

保護者参加の有無: _____ 有(_____ 名) ・ 無

参加動機について次の項目に○を一つ付けてください

1. 医師・看護師等を目指している。
2. 将来を目指す参考にしたい。
3. 病院に興味があった。
4. その他。(_____)

自由記載欄

【申込書送付先】高槻赤十字病院事務局 FAX:072-692-5916