

永山キッズ・ドクターセミナー参加申込書

必要事項をご記入の上、下記送付先まで直接ご提出もしくはメール・FAXにてご送付くださいますよう、宜しくお願い致します。

なお、お申込み多数の場合、先着順とさせていただきます。

参加確定者には、後日、確定のご連絡を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際は、お申込み出来ない場合がありますので、ご注意願います。

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ませんので予めご了承ください。

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。

参加者名： _____ (フリガナ) _____ (性別) 男 女

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

● 申込書送付先

日本医科大学多摩永山病院 庶務課

担当：藤原恭子、山元弘太

〒206-8512 東京都多摩市永山1-7-1

TEL 042-371-2111 (内線:2378) FAX 042-372-7381 E-mail: f-kyo@nms.ac.jp