

本書の送付先 * 送付前に記載もれがないかどうかを再度確認してください。
ファクシミリ **043-226-2632** (千葉大学医学部附属病院地域医療連携部)

第7回千葉県地域連携の会
県内高校生向けプログラム・千葉県内で働く医療者になろう！
参加申込書

平成25年____月____日

千葉大学医学部附属病院長 あて

私は、「第7回千葉県地域連携の会 県内高校生向けプログラム・千葉県内で働く医療者になろう！」に参加したいので申込みます。また、本書の記載事項をもとに、貴院において保険の加入手続きをとられることに同意します。

(申込者) 住所 _____

氏名・年齢 _____ 才
(H25. 7. 31 現在)

学校名・学年 _____ 年

連絡先電話番号 _____

保護者同意欄

千葉大学医学部附属病院長 あて

上記申込に同意すると共に、保険の加入手続きを取られることにも同意します。

平成25年____月____日

(保護者) 住所 _____

氏名 (自書又は記名押印) _____

- * 本書記載の個人情報は、保険への加入手続き及び第7回地域連携の会の運営のためだけに利用されます。また、当院の規定に従い適切に管理されます。当院の「個人情報保護に関する基本方針」については、当院ホームページで御確認いただけます。
- * 当院への到着順に受付を行います。定員到達後に本書が到着した場合には、御参加いただけませんのであらかじめ御了承ください。また、7月10日以前に到着したものは受け付けられません。
- * 保護者の同意が確認できない場合には、参加をお断りいたします。
- * 保険の内容：参加者本人の傷害保険及び使用機器（シミュレーター）に係る損害保険