

第 33 回カトリック医療関連学生セミナー申込書(fax 用)

送付先 fax 番号 03-3468-0484

※できるだけネットでの申し込みをお願いします。

※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。

ふりがな 氏名				年齢	
				性別	
メールアドレス					
携帯電話番号					
在住都道府県					
職種	医師 歯科医師 看護師 医学生 看護学生 その他()				
所属病院名、部科名等 (学生は学校名、学年)					
セッション 2 希望するライフワーク分科会 1	A 会場	B 会場	C 会場	希望者が多い場合、 他の演題に振り分け る場合があります。	
セッション 2 希望するライフワーク分科会 2	A 会場	B 会場	C 会場		
9 月 23 日(土)昼 弁当	要			・	不要
9 月 24 日(日)昼 弁当	要			・	不要
9 月 23 日(土)懇親会 ※別途 3,000 円 学生は無料	要			・	不要
オプションツアー ※第 1 希望に 1、第 2 希望に 2 を記入	多磨全生園()		聖母病院+聖母ホーム()		
	きぼうのいえ()		※ご希望に添えない場合があります。		
宿泊希望(学生のみ)	9 月 22 日(金)		9 月 23 日(土)		不要
交通費補助(学生のみ)	要			・	不要

アンケート

◆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 案内 その他ホームページ() 友人・知人から

その他()