

中学生外科・多摩ユースセミナー2015 参加申込書

※ご記入いただいた個人情報は当セミナーの申し込み、参加等の連絡のみに利用し、第三者に開示することはありません。

※申込締切：9月10日(木) 事務局到着分まで有効

記入日：2015年 _____ 月 _____ 日

氏名	フリガナ		
	ローマ字		
学校名		学年	
住所 (通知郵送先)	〒		
メールアドレス			
連絡が 取れる電話番号			

※セミナー当日は手術着を着用します。サイズの参考にいたしますので、下記もご記入ください。

身長 (*必須)		体重 (*任意)	
普段着用している服のサイズ (いずれかに○をつけてください)	XS S M L XL	号数など	

※セミナーを受講するにあたって不明な点、質問、コメントなどありましたら下記にご記入ください。

申込先・お問い合わせ
 NPO法人臨床研修支援協議会 事務局
 外科ユースセミナー 係
 Eメール：info@ctsc.or.jp
 〒183-8524 東京都府中市武蔵台2-8-29
 東京都立多摩総合医療センター内