

臨床研修指導医養成ワークショップ 参加申込書

臨床研修委員会事務局 御中

【メール:kensyu@iuhw.ac.jp】

(ふりがな)	
氏名	

※修了証作成時の情報とさせていただきます。正式な表記にてお願いいたします。

出身大学/卒業年度		
-----------	--	--

※参加資格の確認及びスモールグループ決めの際の資料とをさせていただきます。

所属施設名	
所属施設住所	〒
診療科(正式名称にて)	
役職名	
メールアドレス	

◎宿泊について、ご記入ください。

宿泊の可否	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
宿泊の場合、宿泊数	<input type="checkbox"/> 10/16(金)と10/17(土)の2泊 <input type="checkbox"/> 自分で探す(宿泊しない) <input type="checkbox"/> 10/16(金)のみ <input type="checkbox"/> 10/17(土)のみ
部屋のタイプ	<input type="checkbox"/> シングル・禁煙 <input type="checkbox"/> セミダブル・禁煙 <input type="checkbox"/> シングル・喫煙 <input type="checkbox"/> セミダブル・喫煙 * 会場となる国際医療福祉大学病院近く(徒歩5分程度)のビジネスホテルをある程度、仮予約しています。押さえているお部屋はシングルとセミダブルです。 * 料金は当法人でホテル側と交渉し、通常料金より安くしていただいております、「シングル:5,400円/1泊、セミダブル:5,900円/1泊」となります。
支払方法(予定)	* チェックイン時のお支払となります。(原則、現金払い) * 他の支払い方法をご要望の場合は別途ご相談下さい。

同ホテルの部屋数を現在、仮押さえしております。仮押さえ数以上に、ご希望者が多くなり、御要望通り予約できないこともあります。その節は御容赦下さい。

◎事務的連絡ご担当者様の連絡先

氏名	tel:
メールアドレス	
御意見ご希望など	

※頂きました個人情報は、本学の個人情報保護方針に則り、適切に管理いたします。

お問い合わせ先tel :03-3475-5078