

第20回医療経営革新のための訪米研修プログラム<2016年>

参加申込書

No.

フリガナ			性別	写真貼付 (4×3cm) 写真裏に氏名明記
氏名			男	
ローマ字 (パスポートと同一)			女	
生年月日	年	月	日	(年齢 歳)
出生地	都道府県		市町村郡	
現住所	〒			
	Tel - -		Fax - -	
勤務先	法人・病院名		所属部課・役職	
	和文		和文	
	英文		英文	
	所在地 〒			
	Tel - -		Fax - -	
	電子メール			
喫煙	1. 吸う		2. 吸わない	
緊急時の連絡先	※急病その他緊急時の日本国内での連絡先を記入して下さい。 氏名: Tel: Fax:			
○このプログラムを何で知りましたか？ 1. ダイレクトメール 2. 職場の上司 3. 友人、知人 4. インターネット 5. 新聞、雑誌() 6. その他()				
上記のとおり訪米研修プログラムに参加を申し込みます。 年 月 日 (申込者) 印				

応募動機

今回の訪米研修プログラムに参加するに至った動機をお聞かせ下さい。

研修テーマ

今回の訪米研修プログラムに参加して何を学びたいですか。特に関心のあることを記入してください。

趣味・その他

趣味、今回のツアーで楽しみにしていることは何ですか。