令和６年度　長崎大学熱帯医学研究所

熱帯医学研修課程（３か月コース）願書

　　年　　月　　日　現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・女 | ローマ字 |
| 氏名 |  | （姓） | （名） |
| 生年月日 | 昭和平成 | 年（西暦 年） 月 日 生　（年齢 才） |
| 連絡先 | 住所 | 〒 |
| 電話 | 　　　　　（　　　　　） |
| E-mail |  |
| 結果通知連絡先（上記連絡先と異なる場合に記入） | 住所 | 〒 |
| 電話 | 　　　　　（　　　　　） |
| E-mail |  |
| 現職 | 勤務先名 |  |
| 職名 |  |
| 受講中の身分 | 所属先なし　　・　　出張　　・　　休職　　・　　学生（上記以外の場合は以下に記入してください） |
| 写真貼付欄（3cm×4cm） | ※受付番号 | ※担当者印欄 |
| 第　　　　　　　号 |  |

記入上の注意　　※受付番号・担当者印欄以外はもれなく記入すること。

　　　　　　　　E-mail アドレス欄は必ず記入すること。