

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。