

## 平成 1 5 年度 長崎大学熱帯医学研究所

## 熱帯医学研修課程受講願書

|                                    |  |     |         |       |
|------------------------------------|--|-----|---------|-------|
| ふりがな                               |  | 男・女 | ロ - マ 字 |       |
| 氏 名                                | 印  |     | ( 姓 )   | ( 名 ) |
| 生年月日                               | 昭和 年 ( 西暦 年 ) 月 日 生 ( 年齢 才 )                     |     |         |       |
| 現 住 所                              | 〒<br>電話 ( )<br>E-mail アドレス                       |     |         |       |
| 受験時の<br>連 絡 先                      | 〒<br>電話 ( )                                      |     |         |       |
| 現 在 の<br>勤 務 先<br>及び職名             | 電話 ( )   |     |         |       |
| 受 講 中<br>の 身 分                     | 出張 ・ 休職 ・ 辞職 ・ 所属先なし ・<br>その他 ( 下記に具体的に記入して下さい ) |     |         |       |
| 写 真 貼 付 欄<br><br>3 ヶ月以内に撮影<br>したもの | 受 付 番 号  |     | 領 収 印 欄 |       |
|                                    | 第 号  |     |         |       |

記入上の注意

欄以外はもれなく記入して下さい。

E-mail アドレスを持つ者は記述して下さい。