2011 年度　第 5 回 医薬品研究開発ﾃﾞｨﾌﾟﾛｰﾏ･ｺｰｽ受講申込書

記入日　　年　　月　　日

フリガナ 氏　名		生年月日 年　　月　　日	年齢　　性別 歳　　（　　）

現住所	連絡先（該当する項目のみ記入）
	自宅 TEL： 自宅 FAX： 携帯 TEL： E mail：
①勤務されている方は、勤務先・職種	②在学中の方は、学校名・学科専攻・学年
③国籍（日本以外からの申込者のみ）	専門研究分野があればご記入ください。
当講座受講の動機	過去に発表済みの論文についてご記入ください。
	題名「　　」 （発表　　年　　月） 題名「　　」 （発表　　年　　月） 題名「　　」 （発表　　年　　月）

海外留学経験、海外在住経験がある場合はご記入ください。　※国名・目的・期間を含めて

受講モジュール		宿泊に関して
Module 1～7 〈　　〉		〈　必要ない　〉
or	Module 4 〈　　〉	宿泊予定期間
Module 1 〈　　〉	Module 5 〈　　〉	月　　日から　　月　　日まで
Module 2 〈　　〉	Module 6 〈　　〉	
Module 3 〈　　〉	Module 7 〈　　〉	希望者には事務局から宿泊所の紹介をいたします

◆この申込書の郵送先は〒852-8523　長崎市坂本１丁目１２-4　長崎大学　熱帯医学研究所

免疫遺伝学分野「医薬品研究開発ﾃﾞｨﾌﾟﾛｰﾏ･ｺｰｽ」事務局まで

◆この申込書の FAX 送信先は　０９５－８１９－７８２１

※申込締切日：　2011 年 9 月 30 日（金）必着

※長崎大学　　記入欄（申込者は記入しないで下さい）

受付番号	受付日	受付者	本部長	納金確認