2016年度　第10回 医薬品研究開発ﾃﾞｨﾌﾟﾛﾏ･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 1～6 〈　　〉  or  Module 1　〈　　〉  Module 2　〈　　〉  Module 3　〈　　〉 | Module 4 〈　　〉  Module 5　〈　　〉  Module 6　〈　　〉 | 〈　必要ない　〉  宿泊予定期間  　　　月　　 　日から　　　月　 　日まで  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（臨床開発分野もしくは免疫遺伝学分野）「医薬品研究開発ﾃﾞｨﾌﾟﾛﾏ･ｺｰｽ」事務局まで***  ***◆この申込書のE-mail送信先は***  ***外国人の方は、 ディラーニーさゆり（臨床開発分野）　delaney@nagasaki-u.ac.jp***  ***日本人の方は、 佐藤　聖子（免疫遺伝学分野）　satokiyo@nagasaki-u.ac.jp***  **上記に必要項目をご記入いただき、履歴書（英語のＣＶ）、パスポートのコピー（写真のペ-ジ）、写真(*証明書用の顔写真)*　ととともに、上記担当者あてご送付願います。**  ***◆この申込書のFAX送信先は　０９５－８１９－７８２１*** | | | | | | | | | |

**※申込締切日：　2016年7月19日（火）必着**