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 〈　　〉orModule 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**