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<br>氏　名 | | 生年月日<br>年　　月　　日 | 年齢　　性別<br>歳　　（　） |
|---|---|---|---|

| 現住所 | 連絡先（該当する項目のみ記入） |
|---|---|
| | 自宅TEL：<br>自宅FAX：<br>携帯TEL：<br>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「　　」<br>（発表　　年　　月）<br>題名「　　」<br>（発表　　年　　月）<br>題名「　　」<br>（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 〈　〉 | | 〈　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 〈　〉 | | 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