Workワク体験セミナー申込書

開催日：　平成26年10月11日（土）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名・学年 | 高校　　　学年　　　　年生 | | |
| （ふりがな）） |  | | |
| 氏名 | （男　・　女） | | |
| 連絡先 | 保護者名 |  | |
| 住所 | 〒 | |
| 電話番号/E-mail | / | |
|  | 学校連絡先 | 電話/FAX | / |
| E-mail |  |
| その他 | 特記事項があれば記入してください | | |

＊太線内は、必ず 記入してください

※申込者の情報は、医師体験講座事業のみに使用し、その他の目的に使用することはありません。また、第三者へ提供することはありません。

定員

　40名程度（各グループ5～8名）

＊応募者多数の場合は抽選とさせていただきます。

**＊登録後確認のため、登録E-mail（本人または、学校）へご連絡させていただきます**

お問合せ先/申し込み先

第40回日本体外循環技術医学会大会Workワクセミナー担当：宮本聡史

〒734-8551広島市南区霞1-2-3　広島大学病院ME機器管理室内

TEL＆FAX：082-257-5158　E-mail：miyasato@hiroshima-u.ac.jp