

令和3年度
熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム説明会申込書

(フリガナ) 氏 名	
Zoom 上のニックネーム	※説明会当日に出欠をとります。個人情報保護のためニックネームでご参加下さい。記入がなければ別途確認いたします。
出身大学名	
住 所	〒
携帯電話番号	
メールアドレス	
通信欄 (ご自由に記載ください) ※疑問点等、なんでもお気軽 にご記入下さい。 説明会当日にお答えいた します。 ※6月26日(土)に参加でき ず、27日(日)に参加を希 望される方は、その旨ご 記入下さい。	

※本院が本票を通じて取得した個人情報は、本院歯科医師臨床研修プログラムおよび研修歯科医募集に関する各ご案内を行うためのみ利用し、法律及び院内規則に従い適正に管理致します。
※本学が取得した個人情報は、「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」第9条に規定されている場合を除き、本人の同意を得ることなく他の目的で利用又は第三者に提供することはありません。

✕ 切：6月23日(水)

提出先：熊本大学病院総合臨床研修センター

事務担当 卒後教育担当 宛

TEL：096-373-5994

FAX：096-373-5952

e-mail：iys-kensyu@jimu.kumamoto-u.ac.jp