**参　　加　　票**

**２０１９年度「熊大病院群卒後臨床研修プログラム説明会」にご参加いただきありがとうございます。**

**この機会に本院群プログラムをより知っていただき、本院群プログラムへご参加いただければ幸いです。また、今後、プログラムや選考試験等に関する各種ご案内をさせていただきたいと考えておりますので、本説明会の参加票として以下に必要事項を記入いただきますようお願いいたします**

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな****氏 　名** |  |
| **（出身大学名）　熊本大学の方は、○を付けて下さい。****熊本大学　　・　　　　　　　　大学** | **(学年等)****年　・ 既卒** |
| **※以下の欄については、過去に本院の病院見学に来られた方は記入不要です。** |
| **連絡先** | **（住所）　〒** |
| **（電話番号）** |
| **（E-mail）**※確実に連絡のつくアドレスを記載下さい。 |

※本院が本票を通じて取得した個人情報は、本院群卒後臨床研修プログラムに関する各ご案内を行うためにのみ利用し、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。