**令和３年度「熊本大学病院群卒後臨床研修プログラム説明会」**

**参加申込票**

**説明会詳細につきましては、後日メールにてご案内し、プログラム冊子等を郵送しますので、以下に必要事項を記入の上、提出ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな****氏 　名** |  |
| **（在籍（出身）大学名）****熊本大学　　・　　　　　　　　大学****※熊本大学の方は、○を付けてください。** | **(学年等)****年　・ 既卒** |
| **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。 |
| **個別説明会参加希望** | **□ 参加　□　不参加****個別説明を聞きたい施設名・診療科（部）名等を記入ください。** |
| **お問い合わせ****・質問等** | ※プログラムや病院群に関する質問等ございましたら、ご自由にご記入ください。後日、e-mailにて回答致します。 |

**この機会に本院群プログラムをより知っていただき、ご参加いただければ幸いです。**

※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および研修医募集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。