

臨床医学講座 申込書

●お申込者情報

申込日	平成 年 月 日	性別	男 ・ 女
フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名		年齢	歳
住所	〒		
電話番号		FAX	
E-mail			
勤務先		所属	

●お申込講座日

<input type="checkbox"/> 一括申込 (全20回)	全20回申し込みます	60,000円
<input type="checkbox"/> 1回ずつ申込	<input type="checkbox"/> 第1回 (7/7)	(1回) 4,000円 (計) _____円
	<input type="checkbox"/> 第2回 (7/14)	
	<input type="checkbox"/> 第3回 (7/21)	
	<input type="checkbox"/> 第4回 (7/28)	
	<input type="checkbox"/> 第5回 (8/18)	
	<input type="checkbox"/> 第6回 (8/25)	
	<input type="checkbox"/> 第7回 (9/8)	
	<input type="checkbox"/> 第8回 (9/12)	
	<input type="checkbox"/> 第9回 (9/12)	
	<input type="checkbox"/> 第10回 (9/15)	
<input type="checkbox"/> 第11回 (9/22)	<input type="checkbox"/> 第12回 (9/26)	
<input type="checkbox"/> 第13回 (9/26)	<input type="checkbox"/> 第14回 (9/29)	
<input type="checkbox"/> 第15回 (10/6)	<input type="checkbox"/> 第16回 (10/13)	
<input type="checkbox"/> 第17回 (10/17)	<input type="checkbox"/> 第18回 (10/17)	
<input type="checkbox"/> 第19回 (10/20)	<input type="checkbox"/> 第20回 (10/27)	

●アンケート

何をきっかけで、この講座をお知りになりましたか？

- 所属病院からの案内 ホームページ ポスター 友人・知人 郵送物
 その他 (_____)

【個人情報の取り扱いについて】

①大阪バイオメディカル専門学校では、ご提供いただいた個人情報を講座運営のための管理、新規講座開講の際のご案内のみに利用し、他の目的には使用いたしません。ご提供頂いている個人情報は、本校の個人情報保護規定に従い厳重に管理しております。

②今後ご案内をご希望でない方は、下記の電話番号までご連絡ください。

【個人情報に関するお問い合わせ先】 入試広報部 電話：0120-68-3125 メール：privacy@obm.ac.jp