神戸医療センター　キッズ外科手術体験セミナー参加申込書

・必要事項を記入のうえ E-mail もしくは FAX で９月１６日（月）までに送付ください。申し込み多数の場合抽選とさせていただくことがございます。
・お申し込みいただいた方には９月２７日（金）までにご連絡いたしますので、連絡先のご記入をお願いいたします。
・記載に不備があった場合は申し込みを受け付けができないことがあります。

注意事項

お申し込みの際には以下２点にご同意ください。注意事項にご同意いただけない場合、ご参加いただくことができません。

① 「個人情報の取り扱いについて」

参加申し込みの際等に記載して頂く個人情報につきましては、本セミナーの開催・運営、当日に当センターが加入する保険（費用は全て病院が負担し参加者負担はありません。）及びそれらに関連する業務遂行のために必要な範囲でのみ利用させていただきます。

② 取材について

セミナー当日は、テレビ・新聞など、報道関係者が取材をさせていただく場合がございます。セミナーの途中や前後でインタビューを受けた場合は、放送・記事となる可能性がありますこと、あらかじめご了承ください。

参加者名：

学校名／学年：　　年生

〒

住　　所：

連絡先電話番号：

メールアドレス：

参加同意の署名（保護者の方）：

応募理由：

● 申込書送付先

独立行政法人国立病院機構　神戸医療センター　管理課　伊藤、角谷

E-mail：412-kanrika@mail.hosp.go.jp　FAX：078-791-5213

◆保護者記入欄

保護者様　当日見学希望　　有　　無