

「函館おしま病院 講習会」 受講申込書

(太線枠内の入力をお願いします)

申し込み年月日	令和 年 月 日			
受講者氏名	(ふりがな)	性 別	年 齢	区分 (選択して下さい)
	①	男 ・ 女	歳	① ボランティア応募予定 ② 受講のみ
ご 連 絡 先	住 所		連絡先電話番号	
	〒 —			— — (自宅・携帯・勤務先 [])
備 考				
病院記入欄	受 付 番 号		担 当 者	
受付年月日：令和 年 月 日				

※ご提供頂きました個人情報は、当講習会受講申し込み確認と連絡のために使用いたします。個人情報は、第三者に開示・提供することはありません。また、個人情報保護方針に基づき、安全かつ適切に管理いたします。