

鹿児島大学歯学部主催 平成30年度夏季全国歯学生 離島実習プログラム

参加申込書

参加希望コース・日程：平成30年9月4日(火)～9月7日(金)	
<input type="checkbox"/>	種子島コース（鹿児島県西之表市）
<input type="checkbox"/>	与論島コース（鹿児島県大島郡与論町）
※希望するコースに○をつけて下さい	
フリガナ： _____	
氏 名 _____	
性別（男・女） / 生年月日 年 月 日 （ 歳）	
フリガナ： _____	
現住所 〒 _____	
電話(自宅)：	
携 帯 電 話：	
Mail Address(PC)：	
Mail Address(携帯)：	
緊急時の連絡先(フリガナ)	
氏 名 _____ (続柄) _____ 電話番号： _____	
住 所 〒 _____	
大学名： 学部学科： (学年： 年生)	
署 名 私は、平成30年度夏季全国歯学生離島実習プログラム参加の申込をいたします。 また、万一の災害や事故などの発生時の補償のために、貴学が推奨する国内旅行傷害保険 に加入することについても同意します。	
2018年 月 日	参加者署名： _____ 印
2018年 月 日	保護者署名： _____ 印 ※未成年者の場合

文部科学省 課題解決型高度医療人材養成プログラム事業「健康長寿社会を担う歯科医学教育改革」関連事業
※在学証明書または学生証のコピーを添付してください。