**第９回熱帯医学研修課程フォローアップ事業**

**「リフレッシャー講座」受講申込書**

**令和元年１２月７日**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 連絡住所 | 〒 |
| メールアドレス |  |
| 勤務先・職名 | 勤務先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名： |
| 携帯or自宅電話 |  |
| 熱帯医学研修課程修了者  ※該当される方 | 第　　 回（ 昭和・平成　　　 年度修了 ） |

|  |
| --- |
| 教員・研修課程修了生との交流会　参加費500円  　　　　　　　　　　　　　参加　　不参加　　(〇をお願いします) |

|  |
| --- |
| 送 付 先　〒852－8523　長崎市坂本１丁目１２番４号  　　　　　　　　長崎大学 生命医科学域・研究所事務部 熱帯医学研究支援課  　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当：松本 由美子  FAX： 095-819-7805  　　　　 E-mail： kanri\_nekken@ml.nagasaki-u.ac.jp |