

川崎幸病院キッズ外科手術体験セミナー

参加申込書

必要事項をご記入の上、下記申込書送付先まで郵送にてご送付くださいますよう、宜しくお願い致します。

*申込み多数の場合、抽選とさせていただきます。参加確定者には、後日参加案内状を発送させていただきますので、必ず住所・電話番号のご記入をお願い致します。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のでご注意ください。

★注意事項

お申し込みの際には、以下3点にご同意いただいた上で、お送り下さいますようお願い申し上げます。注意事項にご同意いただけない場合、ご参加頂くことができかねますので予めご了承ください。

①「個人情報の取り扱いについて」

参加申し込みの際に記載して頂く個人情報は、本セミナーの開催・運営およびそれ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、当院ホームページや広報誌をはじめ、テレビ・新聞など、院内スタッフや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写真撮影や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を、予めご了承下さい。

③感染について

本セミナーは川崎幸病院内で開催しますが、参加者が患者さんと直接接触することはありません。なお、不測の感染症集団発生等によりセミナーの開催を取り止めさせていただく場合がありますので、予めご了承ください。

氏名 (ふりがな)		性別	
住所 電話番号	〒 TEL		
学校名/学年			
参加同意署名 (保護者)	(続柄)		
セミナー参加の動機をご記入ください。			

申込書送付先

〒212-0014 神奈川県川崎市幸区大宮町 31-27

川崎幸病院 広報室内 キッズセミナー事務局 宛

※申込期限 平成 26 年 7 月 15 日 (火) 消印有効