|  |
| --- |
| キッズメディカルセミナー 2019　参加申込書 |

キッズメディカルセミナー事務局　あて

（伊那中央病院 経営企画課）

令和元年7月13日(土)開催のキッズメディカルセミナー 2019に以下のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申し込み日 | 令和元年　　月　　日 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 | | | | | | | 性別 | 男　・　女 | | | | | | | | |
| 身長 |  | |  | | | cm | | 体重 |  | |  | | | | | kg | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 |  | - | |  | - | |  | メール  ※ @inahp.jpからのメールを受信できるよう設定してください |  | | | | @ |  | | | |
| 学校名 |  | | | | | | | 学年・組 |  | | | | | | | | |
| 保護者氏名 |  | | | | | | | 緊急連絡先 |  | - | |  | | | - | |  |
| 本セミナーにお申込みいただく方は、以下のすべてにご同意いただいたものとさせていただきますのでご了承ください。  ○当日は報道機関の取材がある場合がございます。また、セミナー中の参加者の肖像権は、当院に帰属するものとします。  ○本セミナー中に発生した事故・負傷等につきましては、当院は責任を負いかねます。  ○当施設の機材や備品を故意・または過失により破損・故障させた場合は、修理費用を実費請求させていただきます。  ○個人情報の取り扱いについて  ・ご入力いただき当院が取得した個人情報は、セミナー運営管理、申込された方の出席管理に利用させて頂きます。  ・本人の同意がある場合または法令に元づく場合を除き、取得した個人情報を第三者に提供することはありません。  ・取得した個人情報の取扱いの全部または、一部を委託することはありません。  ・ご本人からの求めにより、当院が保有する開示対象個人情報の利用目的の通知・開示・内容の訂正・追加または削除・利用の停止・消去（「開示等」といいます。）に応じます。  【お問い合わせ先】  伊那中央病院 経営企画課 企画係　〒396-8555　長野県伊那市小四郎久保1313番地1  TEL：0265-72-3121（内線：2234）　FAX：0265-78-2248 　MAIL：seminar@inahp.jp | | | | | | | | | | | | | | | | | |