

## ブラック・ジャック セミナー参加申込書

必要事項を記入のうえ、下記申込書送付先あてにFAX または郵送でお申し込みください。

**申込締切 令和2年2月5日(水曜日)必着 郵送の場合は、当日消印有効**

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、確定のご連絡をさせていただきますので、必ず連絡先のご記入をお願いします。また、保険に加入いたしますので、正確にご記入ください。

### 注意事項

申し込みの際には、次の2点に同意いただいたうえで、お申し込みください。

注意事項に同意いただけない場合、ご参加いただくことができかねますのでご了承ください。

#### 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 取材等について

セミナー当日は、テレビ・新聞など、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のでご了承ください。また、当院広報誌に体験の様子を掲載する場合がありますので、写真掲載に不都合な場合は、お申し出ください。

ローマ字

参加者氏名・<sup>ふりがな</sup>漢字 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 性別 ( 男 ・ 女 )

学校名 \_\_\_\_\_ 市立 \_\_\_\_\_ 小学校 学年 \_\_\_\_\_ 年生 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ 保護者参加の有無： 有 ( \_\_\_\_\_ 名 ) ・ 無

当選・落選通知の連絡先 ( 自宅住所・FAX 番号等 ) \_\_\_\_\_

参加同意の署名(保護者の方) \_\_\_\_\_

～医師に質問したいことを記入してください～

#### ●申込書送付先

〒187-8510 小平市花小金井八丁目1番1号(郵送の場合は返信用の封筒を同封してお申し込みください)

FAX 番号 042-464-7912

担当: 公立昭和病院 総務課庶務係 立石・門上