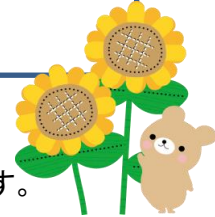


平成 年 月 日

# 共にかたろう サマーミーティング気仙2015 参加申込書



参加される会場・日程を選び☑を入れて、参加会場病院にFAX願います。  
両方に参加される場合は、お手数ですがそれぞれの病院あて申込願います。

**高田病院会場** 平成27年8月6日(木) 14:00~17:00  
申込締切:平成27年8月3日(月) 岩手県立高田病院 事務局 行  
(FAX 0192-54-3221 電話 0192-53-2061)

**大船渡病院会場** 平成27年8月10日(月) 14:00~17:00  
申込締切:平成27年8月6日(木) 岩手県立大船渡病院 事務局 行  
(FAX 0192-27-9285 電話 0192-26-1111)

学 校 名	
学 部 ・ 学 科	

## 参加者

ふりがな	出身地	将来の希望	連絡先
氏 名	年齢		
	才		
	才		
	才		

### 個人情報について

○申込まいただいた個人情報については、『サマーミーティング気仙2015』の運営のためにのみ利用いたします。

上記に記入のうえ、申込締切までに希望する病院あてFAXにて  
お申込ください。電話での申込も受け付けます。

お気軽に事務局までお問い合わせ願います。