

鳥取赤十字病院 医療体験セミナー 参加申込書

【開催日時】 令和元年11月30日（土） 9：30～12：30

【会場】 鳥取赤十字病院 多目的ホール

【対象】 鳥取県内在住の中高校生及び医学生

【定員】 32名（申込み多数の場合は抽選）

※締切り後、1週間を目処に参加の可否についてお知らせします。

【内容】 ・手術支援ロボット「ダ・ヴィンチ」体験 ・内視鏡手術体験
・縫合体験 ・超音波メス体験

【申込方法】 下記の注意事項を必ずお読みいただき、全ての事項についてご了承いただける方は、本申込用紙に必要事項をご記入のうえ、FAXまたは郵送でお申込みください。

【申込先】 ★FAXの場合 0857-22-7903 に送信してください

★郵送の場合 〒680-8517

鳥取市尚徳町117番地

鳥取赤十字病院 総務課 医療体験セミナー係

【申込締切】 令和元年10月31日（木）必着

★注意事項★

【個人情報の取扱いについて】

本用紙に記載されている個人情報は、本セミナーに関連する業務にのみ使用させていただきます。

【当院の広報活動及び報道取材について】

セミナー当日は、テレビ・新聞等、報道関係者が取材をさせていただき、放送・記事となる可能性があります。また、当院職員が写真撮影をし、当院ホームページや広報誌等への掲載についてもご了承ください。

※セミナー当日は、申込書の情報をもとに、参加者を対象にレクリエーション保険に加入しますので、あわせてご了承ください。

ふりがな			
参加者氏名		性別	男・女
自宅の住所	〒		
自宅の電話番号			
学校名・学年		中・高校・医学部	年生
保護者同意欄 (保護者の直筆)	医療体験セミナーに参加することに同意します。 保護者氏名 (続柄)		

お問い合わせ先：鳥取赤十字病院 総務課 医療体験セミナー係

TEL 0857-24-8111（平日 9：00～17：00）