

## 戸田笹目耳鼻科 ジュニアドクター体験会 参加申込書

必要事項をご記入の上、当院受付に直接渡してください。締切 6月21日(金)

※ 申し込み多数の場合、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、必ず連絡先をご記入ください。記載に不備があった場合には申し込みを受け付けられない場合がござい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の2点にご同意いただいた上で、お申し込みくだ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、ご参加いただくことができませんので予めご了承ください。

※ 「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いただく個人情報は、本セミナーの開催・運営およびそれに関連する業務追進のために必要な範囲でのみ利用させていただきます。

※ 当院のホームページや院内掲示などで当日の写真・動画を使用させていただきます場合がございますので、予めご了承ください。

参加者名 \_\_\_\_\_ (ふりがな)

生年月日/性別 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳 ) 男 ・ 女

学校名/学年 \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_\_ 年生

参加者の身長/体重 \_\_\_\_\_ cm / \_\_\_\_\_ kg ※当日着用する制服のサイズの参考にします

保護者連絡先 \_\_\_\_\_ 電話番号

\_\_\_\_\_ メールアドレス

住所 (〒 \_\_\_\_\_ )

参加同意の署名 (保護者の方) \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )

保護者同伴の有無 \_\_\_\_\_ 有 ・ 無 ※保護者の同伴は1名まで、見学のみとなります

見学される保護者の名前 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )

今回の申込動機をご記入ください。参加者ご本人のコメントをお願いします。

戸田笹目耳鼻科

〒335-0034 埼玉県戸田市笹目 1-33-14

TEL: 048-421-8733