「函館おしま病院　講習会」　受講申込書

（太線枠内の入力をお願いします）

申し込み年月日	令和　　年　　月　　日			
受講者氏名	（ふりがな）	性　別	年　齢	区分
	㊞	男・女	歳	ボランティア応募予定
ご連絡先	住　　所		連絡先電話番号	
	〒　　－		－　　－ （　自宅・携帯・勤務先 [　　]）	
備　　考				

病院記入欄	受付番号	担当者
受付年月日：令和　　年　　月　　日		

※ご提供頂きました個人情報は、当講習会受講申し込み確認と連絡のために使用いたします。個人情報は、第三者に開示・提供することはありません。また、個人情報保護方針に基づき、安全かつ適切に管理いたします。