

コース受講申請書【学外者用】

申請コース名 (<input checked="" type="checkbox"/> または■を記入)	<input type="checkbox"/> B：医工連携開発型総合医コース（※オブザーバーのみ可能） <input type="checkbox"/> D：臨床疫学研究型総合医コース <input type="checkbox"/> F1：地域密着型総合医コース（総合診療医養成コース） <input type="checkbox"/> F2：地域密着型総合医コース（専門スキルアップコース）
ふりがな	
氏名	
身分 (<input checked="" type="checkbox"/> または■を記入)	<input type="checkbox"/> 医学生 <input type="checkbox"/> 初期研修医 <input type="checkbox"/> 後期研修医 <input type="checkbox"/> 医師（研修医以降） <input type="checkbox"/> その他（具体的に：_____）
連絡先（所属施設）	施設名：_____ 診療科：_____ 〒_____ 住所：_____ TEL：_____（内線）
連絡先（自宅） ※自宅に連絡を希望される場合	住所：〒_____ _____ TEL：_____
メールアドレス (e-ラーニングID、パスワード連絡用)	
コース開講情報の入手先 (<input checked="" type="checkbox"/> または■を記入)	<input type="checkbox"/> 阪大地域に生き世界に伸びる総合診療医養成事業 HP <input type="checkbox"/> 阪大地域に生き世界に伸びる総合診療医養成事業 Facebook <input type="checkbox"/> 募集パンフレット <input type="checkbox"/> メルマガリスト（具体的に：_____） <input type="checkbox"/> その他（具体的に：_____）
以下 事務局で記載	受講開始日： 年 月 日 修了日： 年 月 日
備考	

上記コースの受講生として、下記を守ることを誓約します。

記

1. 受講中に知り得た個人情報は、受講中はもちろん、受講終了後においても第三者には漏らしません。
2. 大阪大学施設内で実施される実習・講義へ参加の際には、大阪大学の規則を遵守し受講生として責任ある行動をとります。

年 月 日

氏名 _____ 印