****

**大阪大学医療通訳基礎知識コース　受講申込書**

令和　　年　　月　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| (フリガナ) |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日生　　　歳 |
| 性別 | [ ]  男　[ ]  女 | 緊急連絡用携帯電話番号： |  |
| 現住所 | 〒 |  |
|  |
| E-mail |  |
| 職業 |  | 例）会社員、自営業、主婦　等 |
| 所属機関名称 |  | 例）株式会社〇〇管理部　　フリーランス通訳　等 |

[ ]  受講規約に同意する（前頁の受講規約をお読みの上、左の□にチェックを入れてください）

※参加申込みは、上記の事項に同意の上お申込みください。同意いただけない場合、および参加申込みに必要な個人情報を提供いただけない場合は、参加申込みの受け付けや登録ができませんので、予めご了承ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 学歴・職歴 　※学歴については高校以降（高校通学歴がない場合は中学以降） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 医療関係に関する資格もしくは職歴 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 志望動機 |
|  |

※個人情報は、責任をもって管理し、運営上必要な連絡・書類発行・発送のため以外に利用されることはありません。