受付番号　　　　　　（※記入不要）

**第４０回神戸大学大学院医学研究科公開講座**

**受 講 申 込 書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふ り が な）  氏 　　 名 |  |  | 年代　※該当箇所に☑をご記入ください |
|  |  | □１０代　　　□５０代  □２０代　　　□６０代  □３０代　　　□７０代  □４０代　　　□その他 |
| 住　　所 | 〒 | | |
|  | | |
|  | | |
| 連絡先 | ＴＥＬ　　（ 　　　　　　） 　　 －  ＦＡＸ　　（ 　　　　　　） 　 　 －  E-Mail  ※E-Mailを必ずご記入ください。  （今後の公開講座をメールでご案内…　可　・　不可　） | | |
| 職業等 | 会社員　・　自営　・　公務員　・　学生　・  その他　（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 事　前　質　問 | | | |
| 7月23日（日）  ＜明石先生＞  ＜宮良先生＞ |  | | |
| 7月29日（土）  ＜菱本先生＞  ＜松本先生＞ |  | | |

＊電話番号は緊急連絡時に連絡が取れる電話番号をご記入ください。

＊ご記入いただいた氏名・年代・住所・連絡先・職業等は、公開講座開催に関する緊急連絡用、及び本学で開催する公開講座における統計資料作成や今後各部局等が実施する公開講座のお知らせに利用させていただきます。

受講申込受付期間は、令和５年６月２日（金）から６月２５日（日）です。

**【受講申込書申込先】**

**FAXまたは郵送にてお申し込み願います。**

|  |
| --- |
| 〒６５０－００１７　神戸市中央区楠町７丁目５－１ |
| 神戸大学医学部総務課研究科総務係「公開講座」 |
| 電　話：（０７８）３８２－５０１５ |
| ＦＡＸ：（０７８）３８２－５０５０ |